

Estágio Anual em Psicomotricidade no Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa da CERCILisboa

Relatório de Estágio elaborado com vista a obtenção do grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Júri:

Presidente

Professora Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo

Vogais

Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Mestre Joana Figueiredo Gonçalves

Ana Rita Rodrigues

2018

Agradecimentos

O presente trabalho contou com a colaboração de um conjunto de pessoas que de uma forma mais ou menos direta, mais entendida ou nem por isso no assunto, mais perto ou mais distantes a nível geográfico, impulsionaram todo este trabalho que ganha pela rica experiência e vasto conhecimento que me foi facultado, e pelo qual estou muito agradecida.

Com isto tenho a agradecer a todos os 4 membros lá de casa que com alguma paciência me foram acalmando os nervos e ouvindo vezes sem fim as experiências pelas quais ia passando, e sem a qual teria sido mesmo impossível! Mas também às minhas avós que de tudo fizeram para que, como o resto da família, a distância fosse por vezes esquecida e disfarçada por longas gargalhadas e visitas inesperadas. Obrigada pelo suporte e pelo amor.

Aos meus amigos que me acompanharam, quer em momentos de lazer entre relatórios, quer em discussões sobre casos, estivessem eles no quarto do lado, na vizinhança, nas redondezas ou pelo menos 3 horas de distância, mas que sempre se preocuparam com a minha sanidade mental e necessidade constante de respirar o ar da praia, mesmo que tivesse um frio enorme. Obrigada a todos que me aturaram neste ciclo.

Às minhas orientadoras locais, Dra. Elisabete e Dra. Mónica, que durante este período tudo fizeram para que eu me sentisse parte integrante da equipa e da instituição, me fizeram crescer enquanto técnica e enquanto pessoa, me ajudaram nos receios sentidos que no fim já eram (quase) inexistentes, que colaboraram no percurso rumo aos meus sonhos e interesses, que se revelaram grandes mentoras e pessoas extraordinárias, e que levarei para sempre no coração, com muito carinho.

À Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos, que num primeiro ano de mestrado me passou um carinho muito especial por uma população que na altura não imaginava que me fosse algum dia “passar pelas mãos”, por falta de interesse da minha parte, mas da qual fiquei fã, pelo trabalho realizado ao longo do ano, pelo apoio constante sempre que eu necessitava e pela força que me deu em cada *e-mail* ou reunião, e que foram cruciais à minha confiança no trabalho desenvolvido quer a nível prático, quer a nível teórico.

À CERCILisboa e todos os seus colaboradores, internos ou externos, com a qual lidei diariamente e me fizeram sentir parte da família ignorando nesta relação o estatuto

de estagiária, com a qual pude contar sempre que foi necessário e pelos quais também nutro um carinho muito especial.

À Faculdade de Motricidade Humana por me facultar todas estas experiências quer profissionais, quer pessoais, que envolveram alterações de morada, uma adaptação a um contexto/cidade/faculdade diferente, rodeadas quer dos melhores companheiros e amigos que certamente ficarão comigo por muito tempo, quer dos melhores professores que também certamente terei como exemplos nas minhas práticas.

Resumo:

Este relatório, no âmbito da Reabilitação Psicomotora objetiva apresentar o trabalho desenvolvido ao longo do ano letivo 2017/2018 na CERCILisboa, com jovens e adultos com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais (DID). Para uma melhor compreensão da atividade desenvolvida pela estagiária, o relatório apresenta uma primeira parte direccionada para a revisão teórica, envolvendo a caracterização do local de estágio para um melhor conhecimento do funcionamento institucional, a descrição teórica dos diagnósticos dos clientes com quem se interveio (DID e trissomia 21) para o aprofundamento do conhecimento e melhor adaptação à realidade, e a caracterização da intervenção psicomotora, visando a explicitação da intervenção da estagiária. A segunda parte descreve toda a prática vivenciada, desde o horário às etapas e funções desempenhadas pela estagiária, bem como todos os casos com quem se interveio, e o estudo de caso que serve de exemplo mais detalhado de toda a intervenção concretizada. Decorrente de um desafio inicial, concretizou-se um projeto de investigação-ação, analisando-se o perfil executivo de 18 participantes com DID, entre os 22 e 57 anos e o eventual efeito da intervenção psicomotora na sua potenciação. Finalmente, a listagem de outras atividades, bem como a conclusão finalizarão este relatório, focando-se no balanço das aquisições e desafios vivenciados.

Palavras-chave: CERCILisboa, Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental, Estágio, Funções Executivas, Intervenção em Grupo, Intervenção Psicomotora, Trissomia 21

Abstract:

This internship report, within Psychomotor Therapy Master Degree, aims to present the work developed during the 2017/2018 academic year at CERCILisboa, with persons with intellectual and developmental disabilities (IDD). For a better understanding of the work done by the trainee, the report presents a more theoretical first part, involving the institution's description for a better knowledge of how it works, a literature review about main diagnosis presented by clients (IDD and Down Syndrome) to gather more information and for a better adjustment to real life, and the definition and characterization of psychomotor intervention as the basis for best practice. The second part describes all the practice developed, such as schedule, stages and functions of the trainee, all clients with whom the student intervened, as well as a study case as a more detailed example of all the trainee intervention. A research project about the executive functioning profile of adults with IDD and the analysis of the eventual contribution of a psychomotor intervention in the executive performance will also be presented. Finally, the listing of other extra-activities and the main conclusion and personal reflection,, focusing on the experiences and challenges experienced.

Key-words: CERCILisboa, Down Syndrome, Intellectual and Developmental Disability, Internship, Executive Functioning, Group Intervention, Psychomotor Therapy,

Índice

Introdução.....	1
Caracterização da instituição - CERCILISBOA	3
A CERCILisboa	3
Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA)	8
Caracterização da População	11
Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID).....	11
Trissomia 21.....	24
Funções executivas.....	33
Psicomotricidade	40
Da Psicomotricidade à Intervenção Psicomotora	41
Intervenção Psicomotora e Contextos	44
A Prática	47
<i>Estudo de caso</i>	52
<i>Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky2 – Forma Reduzida</i>	54
<i>Escala de Comportamento Adaptativo- Versão Portuguesa</i>	59
<i>Escala de Avaliação em Meio Aquático</i>	62
<i>Procedimentos</i>	63
<i>Apresentação e Discussão dos Resultados</i>	72
<i>Projeto de Investigação</i>	80
Outras Atividades	84
Conclusão e Reflexão.....	89
Referências	91
Anexos	105

Índice de tabelas

Tabela 1: Horário das atividades de Estágio 2017_2018	47
Tabela 2: Organização das atividades de Estágio	48
Tabela 3: Descrição dos grupos de participantes na Atividade em Meio Aquático	49
Tabela 4: Descrição dos grupos de participantes na Atividade Motora	49
Tabela 5: Descrição dos grupos de participantes na Caminhada.....	50
Tabela 6: Descrição dos itens de avaliação que constituem o TPMBO-2 FR (Bruininks e Bruininks, 2005b)	57
Tabela 7: Objetivos Gerais para o R.C.....	68
Tabela 8: Exemplo de uma sessão inicial do mês de janeiro	69
Tabela 9: Exemplo de uma sessão intermédia do mês de março	70
Tabela 10: Exemplo de uma sessão final do mês de Maio.....	71
Tabela 11: Resultados obtidos pelo R.C. nos dois momentos de avaliação- ECAP.....	73
Tabela 12: Resultados Obtidos pelo R.C nos dois momentos de avaliação- TPMBO-2 FR.....	76
Tabela 13: Resultados obtidos pelo R.C. nos dois momentos de avaliação - Escala de avaliação em meio aquático.....	77

Índice de Figuras

Figura 1: Organograma da CERCILisboa (CERCILisboa, 2014)	6
Figura 2: Localização das componentes Dorsolateral e Orbital da Região Pré-frontal no cérebro humano (Andrewes, 2001)	34
Figura 3: Composição do TPMBO-2 (Bruininks e Bruininks, 2005a)	56

Índice de abreviaturas

AM – Atividade Motora

AMA – Atividade em Meio Aquático

APA – *American Psychiatric Association*

CAAAPD – Centro de Atendimento Acompanhamento e Animação para Pessoas com Deficiência

CAO – Centro de Atividades Ocupacionais

CFP – Centro de Formação Profissional

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

CRI – Centro de Recursos para a Inclusão

CTVAA – Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa

DID – Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais

DGIDC – Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular

DSM-5 – *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder*

ECAP – Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa

EQUASS – *European Quality in Social Services*

FE – Funções Executivas

FENACERCI – Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social

ICD – International Classification of Diseases

IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional

INR – Instituto Nacional para a Reabilitação

IPI – Intervenção Precoce na Infância

ISS – Instituto de Segurança Social

LR – Lar-Residencial

NEE – Necessidades Educativas Especiais

NRMRP – Normas Regulamentares do Mestrado Reabilitação Psicomotora

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PM – Proficiência Motora

QdV – Qualidade de Vida

QI – Quociente de Inteligência

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

T21 – Trissomia 21

TPMBO-2 – Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky-2

TPMBO-2 FR – Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky-2 Forma Reduzida

WHO – *World Health Organization*

Introdução

O presente documento surge no âmbito da unidade curricular de Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, integrado no segundo ano de Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, e que contribui para o título profissionalizante de Mestre na área em questão.

Com uma duração de 1500 horas e cariz anual, o Estágio tem como principais objetivos orientadores (Normas Regulamentares do Mestrado Reabilitação Psicomotora [NRM RP], 2016): a transmissão de conhecimentos de âmbito psicomotor nas suas componentes científica e prática, com especial foco na intervenção numa população adulta com DID; a promoção de competências de reflexão bem como de interação multidisciplinar relativamente às problemáticas evidenciadas em cada caso; trabalhando também competências de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas psicomotores nos diferentes contextos de intervenção disponibilizados pelo centro e com vista às necessidades do indivíduo; e também um contributo de cariz inovador na prática, com vista a um melhor enquadramento profissional.

Desta forma, visa-se a oportunidade de colocar em prática os conhecimentos obtidos para uma maior adequação da prática profissional, unificando a vertente teórica e prática, na qual se articulam o saber específico do psicomotricista, processos de avaliação e intervenção psicomotora e a população a quem se presta apoio, através do planeamento e implementação de programas psicomotores ajustados ao indivíduo (NRM RP, 2016). Posto isto é essencial ao mestrando saber estabelecer um perfil intra individual, no qual baseará todo o trabalho a desenvolver, e onde são identificadas barreiras e facilitadores que permitam a elaboração de respostas ajustadas à participação ativa do indivíduo, bem como o domínio de instrumentos de avaliação validados do ponto de vista conceptual, o que leva a uma avaliação mais eficaz e consequentemente a uma intervenção mais adequada nos diversos contextos de vida significativos (NRM RP, 2016).

Além disso, a articulação e comunicação com os outros profissionais com quem se trabalha em equipa multi e transdisciplinar, bem como a participação no processo de avaliação conjunta com a respetiva partilha de informação em equipa para a elaboração refletida em conjunto de um plano de vida coerente e trabalhado na multiplicidade de contextos e serviços prestados pela instituição (NRM RP, 2016), é outro dos objetivos do estágio. Finalmente, o mesmo documento realça ainda a relação com a comunidade onde se pretende que o estudante assuma um papel inovador através do

desenvolvimento e operacionalização de projetos (de intervenção ou investigação) - na instituição, na comunidade ou mesmo a nível científico, ou de consultadoria a nível pessoal, familiar e comunitário, reforçando a “ponte” entre a instituição e a comunidade onde se insere.

O Estágio foi realizado na área da Funcionalidade e Qualidade de Vida na instituição CERCILisboa no Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA), cuja população se centra em indivíduos com mais de 16 anos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID) ou multideficiência, tendo a estagiária assumido o seu papel no contexto do serviço da intervenção psicomotora. Para uma melhor compreensão da sua organização, o presente documento estrutura-se da seguinte forma:

- numa primeira parte, será feito o **Enquadramento Teórico**, com a caracterização do local de estágio (i.e.: missão, visão e valores, funcionamento, respostas sociais e empreendedoras, entre outras); da população-alvo onde se procederá, através da revisão da literatura, ao levantamento das principais evidências inerentes à DID, desde a sua definição, etiologia, classificação e caracterização para se poder fazer uma reflexão sobre as características realmente apresentadas pelos clientes com quem se interveio; da contextualização da psicomotricidade e do papel da intervenção psicomotora enquanto apoio a este subgrupo populacional e com particular destaque na instituição onde decorreu o Estágio, procurando-se refletir sobre a atividade desenvolvida pela estagiária ao longo do ano letivo;
- a segunda parte do relatório destaca a **Prática Profissional**, onde serão abordados os assuntos de índole mais prática e relacionados com a experiência da estagiária, desde o percurso progressivo da dinâmica psicomotora (i.e.: desde a observação à intervenção autónoma), até aos grupos de trabalho e respetivos contextos, passando ainda pelo estudo de caso (individual), procurando-se apresentar de forma concreta e explícita todos os procedimentos de avaliação e de intervenção com a respetiva análise de resultados; será ainda apresentado o projeto de investigação concretizado, como resposta ao desafio inicial da orientadora académica, onde se procurará perceber qual o eventual contributo da intervenção psicomotora ao nível das funções executivas de um grupo de adultos com DID;
- e finalmente, a **Conclusão** com a reflexão global acerca de todo o estágio, abordando as dificuldades e os desafios vividos, bem como as limitações experienciadas e as estratégias aplicadas.

Caracterização da instituição – CERCILISBOA

A CERCILisboa

A nível nacional, existe uma entidade denominada FENACERCI (Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social) que se centra na promoção de atividades junto de entidades como o Instituto Nacional para a Reabilitação (INR), o Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), o Instituto de Segurança Social (ISS), e a Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), entre outras (FENACERCI, s.d.a), com o intuito de promover a qualidade e sustentabilidade das respostas oferecidas pelas várias associadas, e, consequentemente, os direitos das pessoas por estas apoiadas (FENACERCI, s.d.b). Com base na importância atribuída às respostas sociais que disponibilizava e nas necessidades sentidas, houve uma expansão desta cooperativa a nível do território nacional (CERCILisboa, s.d.a), surgindo a necessidade de uma entidade que representasse todas estas cooperativas, unificando os seus valores e interesses, pelo que foi criada a FENACERCI (FENACERCI, s.d.a).

A CERCILisboa, uma das associadas, foi a instituição de acolhimento deste estágio, é uma Cooperativa de Solidariedade Social com fins não lucrativos, fundada por familiares de crianças com DID, técnicos e interessados (CERCILisboa, s.d.a) a 16 de julho de 1975 (CERCILisboa, 2013; FENACERCI, s.d.c), começando por ter uma intervenção no âmbito da Educação Especial, situada no centro Educacional dos Olivais. No entanto, e com as alterações das necessidades, a resposta oferecida em Lisboa começou a ser insuficiente, surgindo em 1976, o segundo centro Educacional da CERCI, localizado em Marvila, juntando-se a eles em 1997 o terceiro centro em Carnide (CERCILisboa, 2013), tendo sido designados como Centros de Atividades Ocupacionais (CAO). Uma das características da CERCILisboa é que os apoios e serviços prestados vão aparecendo, extinguindo ou alterando consoante as necessidades dos clientes e, desta forma, as respostas sociais que oferecem também vão sofrendo adaptações.

Missão, Visão e Valores

A **Visão** da CERCILisboa centra-se em ser uma referência a nível da inclusão social, contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida (QdV) do cliente e formas de vivência variadas (CERCILisboa, s.d.b; CERCILisboa, 2014). Para atingir este fim, a sua **Missão** baseia-se na atuação a nível da prevenção, sensibilização, promoção de competências e capacidades, desenvolvimento de atividades, e fomentação de uma comunidade orientada pelo otimismo, motivação e pela não discriminação (CERCILisboa, s.d.b; CERCILisboa, 2014). Toda a visão e a missão se baseiam em **Valores** como (CERCILisboa, s.d.b; CERCILisboa, 2014): *otimismo*, com uma atitude

positiva, encarando os desafios como oportunidades; *dedicação à causa*, com ações de significado útil, ou seja, realizadas com interesse, empenho e dedicação; *ética nos procedimentos*, determinando as ações com princípios éticos insubstituíveis; *flexibilidade nas atitudes*, adequando a atitude à situação; *determinação na ação*, com uma atitude persistente em atingir os objetivos e em adquirir práticas inovadoras; *ousadia na inclusão*, com a procura de formas inovadoras e personalizadas para a participação que se ergue como finalidade da sua ação; e *democracia na partilha*, com um conjunto de princípios e práticas profissionais que visam a proteção dos direitos humanos fundamentais e de oportunidades de participação ativa na CERCIL.

Ao longo de todo o Estágio, dedicou-se uma atenção especial quer à visão quer a este conjunto de valores da instituição não só por serem valores éticos e morais com uma base de respeito por qualquer ser humano, como também para um verdadeiro trabalho em equipa multidisciplinar e que se pretendeu que fosse caracterizado pela partilha, pela comunicação e pelo maior ajustamento e coerência dos objetivos a potenciar com cada cliente em qualquer uma das áreas de intervenção e ambientes de trabalho.

Políticas

Com vista a atingir com sucesso a missão e os valores com a qual se compromete, a CERCILisboa rege-se por algumas políticas organizacionais que se descrevem, de forma resumida, em seguida (Departamento de Gestão da Qualidade, 2010):

- *Política de Qualidade* que assegura a satisfação das necessidades e promoção da QdV de todos os clientes, com profissionais cada vez mais qualificados e motivados para a função que exercem, demonstrando pro-atividade no que respeita à melhoria contínua dos processos, e sempre com uma perspetiva de abertura à comunidade, sendo a efetividade do plano monitorizada trimestralmente e avaliada anualmente, através de objetivos mais específicos relacionados com cada um dos gerais;
- *Política de Recursos Humanos* que assegura a satisfação e motivação dos colaboradores, um clima organizacional positivo e a estabilidade das equipas, através do recrutamento e seleção de colaboradores, cujos valores e conhecimentos vão ao encontro dos defendidos pela instituição, da promoção de igualdade de oportunidades e não discriminação dos colaboradores e da ética no trabalho, do reconhecimento do esforço pessoal em atingir a missão que está na base da organização, da formação permanente dos colaboradores e da participação na vida ativa da organização;
- *Política de Confidencialidade* que assegura a confidencialidade e privacidade dos clientes, no que respeita a qualquer tipo de dados recebidos por parte dos mesmos,

sendo apenas utilizados para uso interno exclusivo, como o tratamento dos dados, ou resposta a solicitações de entidades estatais após consentimento informado;

- *Política de prevenção do abuso e maus tratos* que assegura a dignidade e integridade moral e física de todos os intervenientes, através da promoção de um ambiente harmonioso e estimulante e com uma posição assertiva no que respeita aos maus tratos, definindo um protocolo para a prevenção e atuação em caso de suspeita, e analisando, anualmente, os fatores de risco envolvidos; e

- *Política de Participação e Envolvimento de Clientes* que assegura, tendo em conta cada situação e as características (e.g.: capacidade de tomada de decisão) de cada indivíduo, a utilização das mais diversificadas formas de comunicação que potenciam a compreensão da situação para a tomada de decisão, com o intuito de possibilitar cada vez mais a influência do próprio no rumo da própria vida, através de escolhas nas situações que o envolvam diretamente (Departamento de Gestão da Qualidade, 2010).

Com esta constante procura da modernização, melhor qualidade do serviço e um desenvolvimento positivo enquanto organização, foi implementado o Sistema de Gestão da qualidade EQUASS (*European Quality in Social Services*), que através da autoavaliação e aprendizagem no âmbito organizacional, pretende respeitar e concretizar a missão da CERCI, bem como a sua sustentabilidade económica e financeira (CERCILisboa, s.d.c; CERCILisboa, 2014). Assim sendo, a CERCILisboa é uma das instituições, a nível nacional, certificada pelo EQUASS no nível "*Assurance in Social Service*" que equivale a duas estrelas numa escala de classificação cujo máximo é cinco (CERCILisboa, 2014).

Organização e Organograma

Em termos organizacionais a CERCI respeita o organograma apresentado (figura 1), na qual se estabelece um plano hierárquico que tem início na assembleia geral e finda nas mais variadas valências existentes e respetivas equipas:

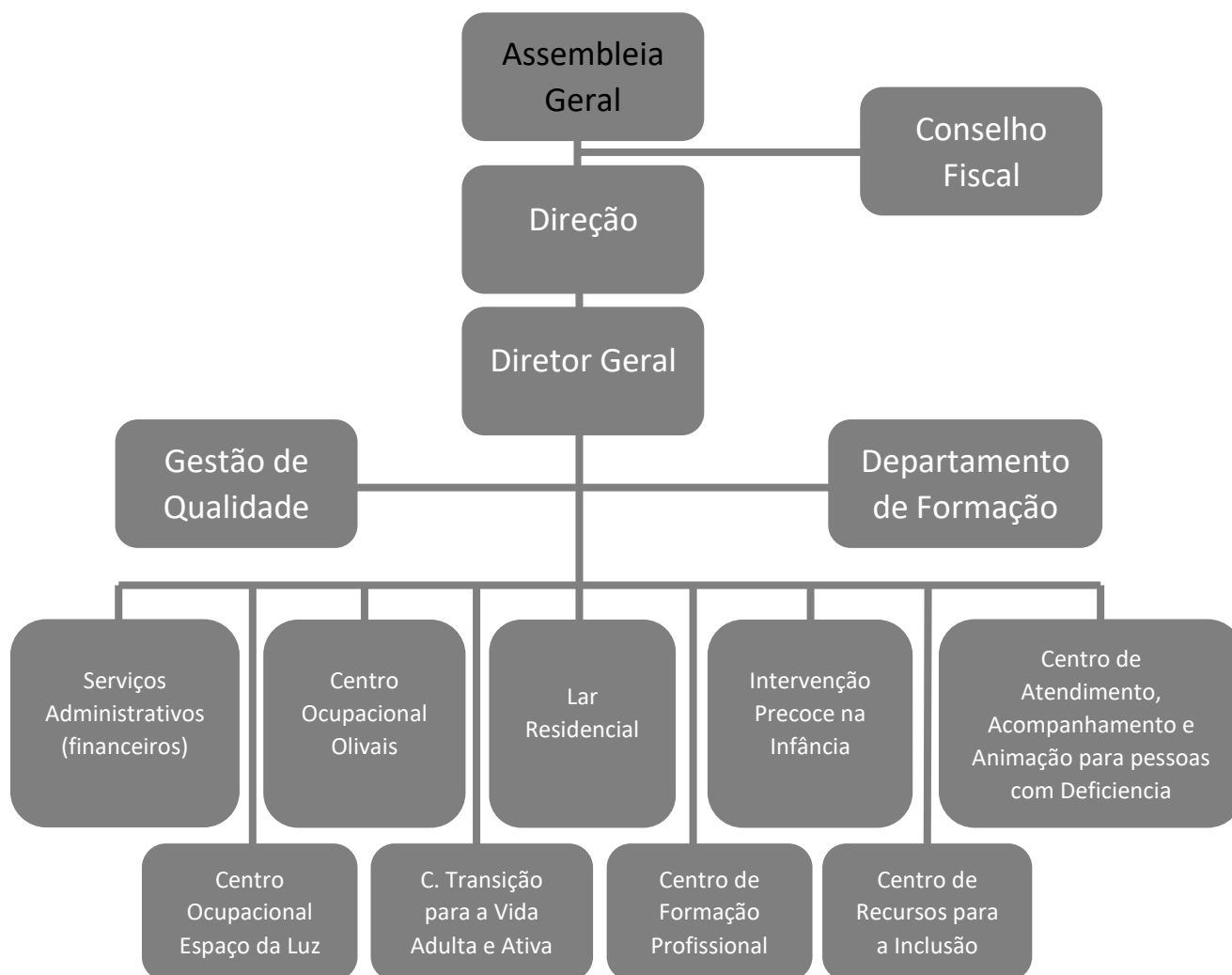


Figura 1: Organograma da CERCILisboa (CERCILisboa, 2014)

Respostas Sociais da CERCILisboa

Atualmente em Lisboa, a CERCI dá resposta a cerca de 900 pessoas com DID e multideficiência em diversos âmbitos de intervenção social e ao longo de todo o ciclo de vida (CERCILisboa, s.d.a, CERCILisboa, s.d.d) de forma individual (CERCILisboa, s.d.d), proporcionando uma melhor qualidade de vida tendo em vista a inclusão social (CERCILisboa, s.d.a), através de respostas sociais e serviços como:

- **Intervenção Precoce na Infância (IPI)**, resposta iniciada em 1997, objetivava o acompanhamento de todo o percurso de vida do indivíduo, estando integrada no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) e na coordenação da equipa local de intervenção de Lisboa Oriental (CERCILisboa, 2013); Atualmente esta destina-se ao apoio de crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções e

estruturas do corpo que limitam a sua participação nas atividades próprias da sua idade e do contexto social no qual estão inseridas, ou com risco grave de atraso no desenvolvimento, bem como às suas famílias, continuando a contribuir para a consecução dos objetivos das entidades já referidas (CERCILisboa, s.d.e; CERCILisboa, 2014);

- **Centro de Recursos para a Inclusão (CRI)**, que surge em 1998 para a promoção da educação inclusiva onde o apoio passa a ser dado diretamente na escola através de protocolos com o Ministério da Educação (CERCILisboa, 2013) e que se destina a alunos sinalizados com necessidades educativas especiais (NEE) de carácter permanente que estão inseridos nas escolas regulares de ensino público ao abrigo do Decreto-Lei n.º 3/2008 e aos seus agrupamentos de escolas, apoiando a inclusão destes alunos no que respeita ao ensino, formação, trabalho, lazer, participação social e promoção da vida autónoma, com um trabalho centrado em atingir o seu máximo potencial (CERCILisboa, s.d.f; CERCILisboa, 2014);

- **Centro de atendimento Acompanhamento e Animação para Pessoas com Deficiência (CAAAPD)**, criado em 1996, com o intuito não só de envolver a família mas também de orientá-la no sentido dos objetivos trabalhados na organização (CERCILisboa, 2013) e que se destina a informar, orientar e apoiar pessoas com deficiência ou qualquer tipo de dificuldades bem como às suas famílias, proporcionando competências que permitam a procura de soluções que respondam às necessidades apresentadas e favorecendo a inclusão social do indivíduo (CERCILisboa, s.d.g; CERCILisboa, 2014);

- **Centro de Formação Profissional (CFP)**, em 1993, e constatando-se a necessidade de existência de uma resposta que fizesse frente aos potenciais e expectativas do cliente em ingressar no mercado de trabalho, é criado o CFP (CERCILisboa, 2013) que integra clientes a partir dos 15 anos, dando resposta àqueles que pretendem aceder a um nível de qualificação específica, facilitadora da integração no mercado de trabalho, desenvolvendo competências profissionais necessárias, acompanhando-os e monitorizando-os ao longo deste processo, contando com cursos como operador de acabamento de madeira e mobiliário, cozinheiro, estofador, operador de jardinagem e acompanhante de crianças (CERCILisboa, s.d.h; CERCILisboa, 2014);

- **Centro de Atividades Ocupacionais (CAO)**, destinado a clientes com idades a partir dos 16 anos, na qual é apoiado o desenvolvimento do seu projeto de vida futura, sendo incentivados a fazer escolhas e a tomar decisões que influenciem o rumo da sua própria vida, beneficiando da intervenção de uma equipa multidisciplinar e de um

conjunto de atividades consoante as suas necessidades, potencialidades e expectativas (CERCILisboa, s.d.i; CERCILisboa, 2014); na CERCI Lisboa, o CAO está dividido em 3 centros, regulados pelo Decreto-Lei n.º 18/1998, pelo Despacho n.º 52/1990 e pela Portaria n.º 432/2006: o Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA) localizado em Marvila; o Centro Ocupacional dos Olivais, localizado em Santa Maria dos Olivais; e o Centro Ocupacional Espaço da Luz, localizado em Carnide; e

- **Lar-Residencial (LR)**, que surgem decorrentes da necessidade de acolher de forma permanente ou temporária alguns clientes, sendo inaugurado o Lar Residencial (CERCILisboa, 2013) em 1999, destinado a clientes a partir dos 16 anos e na qual são desenvolvidas atividades que potenciam as autonomias do cliente de acordo com o projeto de vida anteriormente estabelecido, que se dividem em socioculturais, quando têm um caráter mais recreativo, lúdico e formativo, ou instrumentais da vida quotidiana, quando constituem atividades básicas, domésticas e de âmbito mais geral, necessárias para que o indivíduo esteja inserido na sociedade que o envolve (CERCILisboa, s.d.i; CERCILisboa, 2014).

Uma vez que toda a atividade da estagiária foi desenvolvida no CTVAA ir-se-á, em seguida, proceder a uma breve descrição do mesmo.

Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA)

O CTVAA está situado no Lote E da Avenida Avelino Teixeira da Mota em Lisboa, e acolhe clientes com idades iguais ou superiores aos 16 anos, com DID ou multideficiência com limitações nas atividades e participação no quotidiano e não se enquadrem no âmbito da legislação aplicável ao emprego protegido, sendo o ingresso prioritário quando 1) se evidencia isolamento social, 2) a não inserção em “Atividades ocupacionais” e 3) o centro se encontrar na sua zona de residência (Departamento de Gestão da Qualidade, 2010).

As instalações do mesmo são compostas por uma receção, seis salas ocupacionais equipadas com casa de banho, uma sala de fisioterapia, um ginásio onde se realizam grande parte das atividades motoras, duas salas de estimulação sensorial, uma sala de terapia ocupacional, uma sala de convívio onde para além de ocorrerem momentos de lazer decorrem algumas das atividades recreativas, duas salas para reuniões, uma cozinha, um refeitório, sete gabinetes, onde se distribuem técnicos de varias áreas (e.g.: psicóloga, terapeutas ocupacionais e psicomotricistas), e os serviços administrativos do centro, cinco arrecadações, vinte e três casas de banho, e balneários femininos e masculinos (Departamento de Gestão da Qualidade, 2010).

Segundo informação recolhida junto dos responsáveis de cada sala, as salas ocupacionais estão organizadas de forma aleatória sem recorrer a qualquer critério, e são apoiadas por um técnico especializado que desempenha o papel de responsável pela mesma, e um número específico de monitores que auxiliam as funções desempenhadas pelo primeiro e, conseqüentemente, os clientes, sendo este número variável consoante as necessidades sentidas em cada sala. Nestas realizam-se atividades de âmbito ocupacional tendo em vista um projeto bem delineado, como é o caso da construção de materiais requeridos por outras entidades ou mesmo produtos para venda por parte da CERCI em épocas festivas.

Neste âmbito e com o intuito de desenvolver as capacidades individuais do cliente, são disponibilizados apoios/serviços, frequentados consoante as necessidades individuais e o plano definido para cada cliente: Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Atividades de Estimulação, Atividade em Meio Aquático, Atividade Motora, Psicologia, Atividades de Expressão Plásticas, Grupo Bomb'art, Atividades de Expressão Dramática, Caminhadas, Sessões de Movimento, visitas programadas, encontros entre CERCI's e em alguns casos atividades específicas profissionais.

As atividades ocupacionais das quais os clientes podem usufruir nos 3 centros dividem-se em seis tipos (CERCILisboa, s.d.i):

- **Atividades Lúdico-Terapêuticas** que têm em vista a ativação físico-funcional e a estimulação sensorial;
- **Atividades de Desenvolvimento Pessoal e Social** para a promoção de competências a nível das relações interpessoais, da autodeterminação, da autonomia, do bem-estar, da cidadania e da participação social;
- **Atividades Socioculturais** de caráter mais geral, de âmbito lúdico-recreativo, desportivo, cultural, social, festivo ou formativo;
- **Atividades Instrumentais da Vida Quotidiana** como as atividades básicas de higiene pessoal, vestuário e refeição, domésticas e outras da vida diária;
- **Atividades Estritamente Ocupacionais** realizadas no âmbito do processo de transformação das matérias-primas em produtos finais; e
- **Atividades Socialmente Úteis**, que visa a valorização pessoal e o máximo desenvolvimento das capacidades promovendo a autonomia do cliente e facilitando uma possível transição para programa de inserção socioprofissional.

Apesar de na fase inicial de estágio ter observado atividades enquadradas nos diferentes tipos, no estágio propriamente dito, as atividades na qual a estagiária se

inseriu, enquadravam-se no domínio lúdico-terapêutico, com atividades no âmbito da atividade motora, das atividades em meio aquático e das caminhadas ao ar livre, e sociocultural, como as atividades realizadas no seguimento do programa inter-centros. A prestação da estagiária centrou-se, no caso das atividades lúdico-terapêuticas, em auxiliar a sessão ou dinamizá-la consoante o grupo, e nas socioculturais, acompanhar e auxiliar os participantes de forma ativa nas atividades, sempre na presença da técnica responsável.

Enquanto cliente do centro, cada indivíduo tem o direito à sua liberdade de expressão, de ser informado das ocorrências no centro, de participar nas atividades propostas se assim o entender, de ter o apoio dos técnicos quando necessita e de ser compreendido, de ter a sua intimidade e sexualidade, de ter oportunidades iguais a qualquer outro indivíduo, de ter a sua autonomia e de ter uma boa qualidade de vida, e o dever de ser responsável com as atividades que se compromete a cumprir, respeitar todos os clientes e funcionários do centro, ajudar o outro e cumprir as regras estabelecidas (Departamento de Gestão da Qualidade, 2010).

Cada CAO conta com uma equipa técnica constituída por Psicólogos, Assistentes Sociais, Técnicos Superiores de Educação Especial e Reabilitação, Terapeutas, Educadores, Monitores de Atividades Ocupacionais, presentes no centro durante o seu horário de funcionamento, de segunda a sexta-feira entre as 9h e a 17h (CERCILisboa, s.d.i), e serviços de apoio, nomeadamente a nível administrativo e financeiro, de transporte, de alimentação e de lavandaria (CERCILisboa, 2011).

Depois desta contextualização institucional e tendo em conta a população abrangida pelo CTVAA e, conseqüentemente, com a qual a estagiária interagiu, o próximo capítulo destina-se à apresentação da literatura referente à DID, que serviu de suporte base do estágio, levando a uma melhor compreensão de toda esta problemática, especificando posteriormente a Trissomia 21, uma vez que se trata do diagnóstico do estudo de caso escolhido.

Caracterização da População

Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID)

Definição

Ao longo dos tempos, várias têm sido as entidades que se têm dedicado à compreensão da Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental (DID - Santos e Morato, 2012a). A DID manifesta-se antes dos 18 anos caracterizando-se por limitações significativas a nível do funcionamento intelectual e do comportamento adaptativo (CA), expressas nos domínios conceptual, social e prático (Schalock et al., 2007; Schalock et al., 2010). Os valores de corte de ambos os critérios e para efeitos de diagnóstico, devem situar-se dois desvios-padrão abaixo da média (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010; Tassé et al., 2012) e a World Health Organization (WHO, s.d.a), acrescenta e enfatiza o papel predominante do ambiente como grande influenciador na manifestação dessas dificuldades, corroborando Luckasson e Schalock (2012). De igual forma, a *American Psychiatric Association* (APA) no *Diagnostic Statistical Manual V* (DSM-5) assume os mesmos critérios apesar de, pela primeira vez, estabelecer que os graus de severidade de baseiam nas competências adaptativas e não nas limitações intelectuais (APA, 2013).

A nova terminologia reconhece a dinâmica entre sujeito e contexto e a possibilidade de promover no indivíduo o máximo potencial das suas capacidades (Schalock et al., 2007; Schalock et al., 2010; Thompson et al., 2009), bem como a sua adaptação (Schalock et al., 2010), numa abordagem funcional e multidimensional (Luckasson e Schalock, 2012), ao longo do desenvolvimento e numa perspetiva positiva, com possibilidade de evolução pela aprendizagem e pela adequação dos apoios (Morato e Santos, 2007; Morato e Santos, 2012; Santos e Morato, 2012). Neste sentido, para os autores, o funcionamento independente decorre da relação entre cinco componentes: capacidades intelectuais, CA, contexto, saúde e participação social com o assumir dos papéis sociais, onde os apoios atuam como mediatizadores promovendo os resultados pessoais e uma vida com mais qualidade (Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2009).

Atualmente começou a ser reconhecida nas definições utilizadas, a grande importância dada não só ao contexto (Shogren, Luckasson e Schalock, 2014; Shogren, Luckasson e Schalock, 2015) – descentrando-se do foco exclusivo das limitações individuais, mas também ao CA, deixando o diagnóstico de se basear somente na avaliação intelectual (Tassé et al., 2012), e passando a incluir os dois constructos com "igual peso" (Tassé et al., 2012) enfatizando a complementaridade das informações

recolhidas na avaliação de ambas as componentes (Schalock, et al., 2010). Com isto, passamos a conseguir obter informações mais abrangentes acerca do indivíduo, nomeadamente no que respeita às suas competências e características e do seu perfil funcional, para a construção e implementação de um planeamento mais ajustado (Lambert, Nihira e Leland, 1993) e priorizando os apoios necessários, como mediadores entre a pessoa e o seu envolvimento (Luckasson e Schalock, 2012; Thompson et al., 2009), para uma maior funcionalidade da pessoa (Schalock et al., 2010).

Apesar da proposta de alteração do termo para DID, devido às alterações de constructo sofridas na última década, numa tentativa de melhor adequação do termo às práticas interventivas junto desta população, a uma maior focalização no sistema de apoios lógico (Schalock et al., 2007) e menor cariz ofensivo do termo (Harris, 2010; Morato e Santos, 2007; Morato e Santos, 2012; Santos e Morato, 2012a; Schalock et al., 2007), há que referir que a terminologia de DID abrange exatamente a mesma população que anteriormente era alvo de diagnóstico de deficiência mental, mantendo os mesmos critérios anteriormente referidos (Schalock et al., 2007; Schalock et al., 2010).

Etiologia e Prevalência

O conhecimento etiológico da DID, tal como de qualquer outra perturbação do desenvolvimento, é fundamental para a tomada de decisões ao nível da prevenção, aconselhamento, planeamento e tratamento, e programas de apoio à família (Karam et al., 2016). A abordagem pluri-etiológica da DID considera a multiplicidade de fatores (Schalock et al., 2010) destacando 4 fatores de risco que interagem ao longo do período de vida do indivíduo: **biomédicos**, que se referem a processos biológicos e genéticos; **sociais**, relacionado com a interação social e familiar ao nível da estimulação e da responsividade do adulto (e.g.: negligência ou abuso); **comportamentais** relativos às atitudes e comportamentos que potenciam o problema (e.g.: atividades de risco e abuso de substâncias por parte da mãe); e **educacionais**, que têm em conta a disponibilidade de apoios educacionais que promovam o desenvolvimento cognitivo e adaptativo (APA, 2013; Harris, 2006; Harris, 2010; Schalock, et al., 2010).

Por outro lado, e do ponto de vista temporal da ocorrência causal assume-se a etiologia *pré, peri e pós-natal*, enquadradas da seguinte forma: na primeira e durante a gestação evidenciam-se as perturbações de índole genética, como as perturbações cromossómicas e as variações do número ou sequência das cópias de ADN, as alterações metabólicas congénitas, as alterações no desenvolvimento cerebral, as doenças da mãe e as influências advindas do ambiente, como é o caso dos consumos

ou substâncias a que a mãe possa estar exposta; no período perinatal, i.e.: momento do parto e pós-parto imediato, são englobados todos os aspetos relacionados com o momento do parto que conduzem a quadros de encefalopatia no momento do nascimento; no período posterior ao nascimento, período pós-natal, são identificadas as lesões por hipoxia isquémica, as lesões cerebrais traumáticas, as infeções, as perturbações desmielinizantes ou convulsivas, a privação do ambiente social de cariz grave e crónico, as perturbações metabólicas e os quadros de intoxicação (APA, 2013; Harris, 2006).

O prognóstico deste quadro, para além dos fatores de risco, vai sofrer uma forte influência do meio externo onde está inserido, principalmente pelos agentes que atuam no seu desenvolvimento (ambiente escolar, familiar e no trabalho), e que promovem a sua participação das atividades do dia-a-dia, as relações interpessoais, bem como os apoios disponíveis e da sua adequação às necessidades do indivíduo (Harris, 2006)

A proporção de casos de DID existentes é variável consoante os trabalhos abordados, sendo uma das perturbações de desenvolvimento mais prevalente a nível mundial (Bergen, 2008), variando entre 1 a 3% da população global (Brookes, 2016), apesar da sua variação no que respeita a idade e à intensidade da dificuldade (APA, 2013; Harris, 2010), referindo a APA (2013) que o nível “severo” é encontrado em 0,6% da população. Por outro lado em Portugal, no ano de 2001 contava-se em termos populacionais com uma incidência de 0,7% casos de DID (Instituto Nacional de Estatística, 2012), sendo esses casos predominantemente do género masculino (Santos e Morato, 2012a).

Classificação

No momento atual, existem quatro sistemas de classificação mais utilizados a nível nacional e internacional pelo que passaremos a resumir cada um deles. O *International Classification of Diseases* (ICD)-10 (WHO, s.d.d), consiste num sistema de classificação por códigos que com a evolução na área, deixou de se basear o diagnóstico de DID apenas com recurso a testes de inteligência (i.e.: quociente de inteligência, QI), e cujos valores se situavam dois desvio-padrão abaixo da média (Schalock et al., 2010) começando a abranger a avaliação adaptativa como outro critério para a classificação. Também a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) se rege pelos mesmos critérios mas em função da “deficiência” ao nível das estruturas e funções do corpo que conduzem a limitações nas atividades com consequências na restrição na participação, sendo influenciada por fatores

envolvimentais e pessoais. Ambos os sistemas de classificação, mantêm as categorias de: ligeira, moderada, grave e profunda (Harris, 2006; OMS, 2004; OMS, 2016).

Outro dos sistemas de classificação comumente utilizado é o DSM-5 (APA, 2013) que apesar de manter a mesma classificação anterior, inova deixando de se focar exclusivamente nos valores do QI, redirecionando para o “nível de severidade” baseado nos domínios adaptativos, de acordo com o valor corte estabelecido de dois desvio-padrão abaixo da média ou na medida geral do CA ou numa das suas componentes (i.e.: cognitiva, prática ou social).

Finalmente, e inserido no mais recente paradigma, no campo da DID e do modelo multidimensional do funcionamento humano (Luckasson e Schalock, 2012) surge a classificação, não centrada nas limitações e no nível de severidade, mas antes na necessidade dos apoios apresentados pelas pessoas classificadas consoante a sua intensidade (Thompson et al., 2004): **intermitentes**, com carácter episódico ou apenas necessários em períodos de transição, podendo a intensidade ser alta ou baixa; **limitados** quando são caracterizados por um período mais consistente ao longo do tempo, de forma limitada e com intensidades mais elevadas; **extensivos** quando são necessários regularmente pelo menos num dos contextos do sujeito e sem carácter limitado; e **permanentes ou pervasivos**, quando constantes, com uma elevada intensidade e mais intrusivos que os anteriormente referidos (Luckasson, et al., 1992).

Os apoios são encarados como recursos e estratégias que têm em vista a promoção dos interesses e do bem-estar dos indivíduos, permitindo-lhes uma maior independência, produtividade e integração na comunidade, uma participação na sociedade de forma mais interdependente e uma melhor QdV (Thompson et al., 2002; Thompson et al., 2009). Os apoios podem consistir em tecnologias, pessoas ou referências no envolvimento (Thompson et al., 2002; Schalock, et al., 2010), desde que baseados nas necessidades do indivíduo e na antecipação das mesmas que melhorarão o seu funcionamento individual e os resultados pessoais desejados (Schalock, et al., 2010).

Além disso, a consideração das aspirações, interesses, desejos e tomada de decisões sobre a própria vida implica um processo de planeamento e avaliação da necessidade de apoios centrado em 4 componentes (Thompson et al., 2002): 1. identificação de experiências e objetivos de vida desejáveis, através de uma conversa guiada; 2. determinação da intensidade de necessidade de apoio; 3. desenvolvimento do plano de apoios individualizado, onde a informação recolhida nas componentes anteriores é tratada e são tiradas as conclusões com todas as especificações

necessárias no que toca ao apoio; e 4. monitorização do processo, identificando os obstáculos e as barreiras, para uma eventual reformulação.

Há que referir que, ao longo do estágio, e de acordo com os princípios da instituição, estes quatro pontos foram concretizados, havendo no início de cada ano civil o ajustamento dos objetivos do plano individual e da identificação dos apoios desejáveis e necessários com a participação ativa do cliente e respetiva família (na qual a estagiária não participou dado o início do estágio apenas ter ocorrido em outubro), para em seguida se implementar um programa de apoio personalizado (no caso da estagiária no âmbito da intervenção psicomotora nos seus demais contextos) que foi avaliado formalmente em dois momentos distintos (i.e.: início e fim do estágio) mas que foi sendo alvo de avaliações informais ao longo do ano letivo, sempre com atenção aos fatores que atuavam como obstáculos (e.g.: imprevistos, conflitos entre os clientes, etc.), no sentido de reduzir a sua frequência ou intensidade, ou como facilitadores (e.g.: uma atividade que captasse a motivação de todos, um *feedback* ou estratégia com resultados positivos, entre outros) promovendo a sua ação.

Características

Mesmo considerando a diferença comportamental e fenotípica das pessoas com DID, a literatura tem apresentado um conjunto de características inerentes ao próprio diagnóstico e que permitem um maior conhecimento da manifestação das limitações intelectuais e adaptativas. Recorde-se, contudo, a influência que o *background* familiar e a comunidade onde a pessoa se insere detêm na expressão das mesmas (OMS, 2004). Desta forma, e para uma maior compreensão das características as mesmas irão ser apresentadas em diferentes domínios, para em seguida, se proceder à caracterização dos casos reais pelo confronto com a literatura.

Características Cognitivas

Muitos são autores que se têm pronunciado acerca da caracterização do funcionamento cognitivo de indivíduos com DID, deixando evidências da existência de dificuldades neste âmbito. De uma forma geral podemos considerar que este se encontra abaixo da média (Schalock et al., 2010; Schalock et al., 2012), com repercussões quer a nível do funcionamento executivo (Kirk, Gray, Riby e Cornish, 2015; Schalock et al., 2012; Steele, Karmiloff-Smith, Cornish e Scerif, 2012), quer a nível da aprendizagem (Schalock et al., 2012; Steele et al., 2012). É também importante ter em consideração que tanto o funcionamento executivo como a aprendizagem estão intimamente relacionados, pelo que as dificuldades do primeiro estão envolvidas nas dificuldades evidenciadas pelo segundo (Steele et al., 2012).

Assim a nível executivo as dificuldades centram-se numa capacidade atencional fraca com uma duração reduzida (Kirk et al., 2015; Steele et al., 2012), na capacidade de planeamento, resolução de problemas e raciocínio abstrato, compreensão disfuncional (Burack, Hodapp e Zigler, 1998; Schalock et al, 2012), bem como uma memória (de trabalho) afetada, com mais comportamentos impulsivos (Barnhill, Koning e Kartheiser, 2007; Burack et al., 1998; Kirk et al., 2015) e com mais limitações na antecipação causa-efeito (Schalock et al., 2012). A questão da memória, bem como as dificuldades ao nível do simbolismo e da manutenção da motivação também já eram expressas por Burack e colaboradores (1998) que corroboravam as limitações ao nível da regulação do próprio comportamento.

A necessidade de apoio e encorajamento constante associado à menor resistência à frustração são ainda apontados neste âmbito (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b). As limitações na integração e no processamento da informação associadas à tendência para dificuldades sensório-percetivas são também reportadas (Blasi, Elia, Buono, Ramakers e Nuovo, 2007), explicando a necessidade de mais tempo para as aprendizagens (APA, 2013; Doka e Lavin, 2003) e maior necessidade de apoios, dada a tendência para índices menores de organização, persistência e produtividade (Santos e Morato, 2012b).

A diferenciação cognitiva e de linguagem (Harris, 2006) e o conjunto de características anteriores irá ter repercussões a diferentes níveis: académico, social e prático. Relativamente à aprendizagem, Steele e colaboradores (2012) atribuem à atenção o principal preditor destas dificuldades, nomeadamente na escrita, como a retenção de vocabulário (especialmente o abstrato) que se caracteriza por ser pobre (Popovici e Belciu, 2013) e à aprendizagem das competências implícitas (Fowler, 1998), e às numéricas, como a cardinalidade, a adição não-verbal e a subtração. Acrescem, ainda, as dificuldades a nível das competências de leitura, nomeadamente na decodificação do sistema, com limitações consequentes na compreensão (van denBos, Nakken, Nicolay e Houten, 2007), na utilização de ideias complexas ou símbolos, o que parece estar relacionado com a noção de tempo e com as funções matemáticas, e no funcionamento do pensamento abstrato, que se apresenta como imaturo, inflexível, inconsistente ou prejudicado (Schalock et al, 2012).

A desvalorização das capacidades das pessoas com DID, em parte derivado do seu compromisso cognitivo, também tem levado à minimização da estimulação nalguns domínios como todos os que envolvem os números e o tempo, o que se repercute não só na menor aposta deste tipo de aprendizagem, bem como a necessidade de processos de ensino mais práticos e em contexto real (Santos, 2014; Santos, 2017;

Santos e Morato, 2016). Desta forma, se contextualizam as dificuldades apresentadas por pessoas com DID ao nível das operações aritméticas (mesmo as mais simples) e que depois se repercutirão ao nível das atividades de vida diária (e.g.: transporte, atividade económica, entre outras) (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012b). Estas aquisições, tanto a nível da leitura e da escrita como a nível das operações matemáticas, tendem a não estar adquiridas até à idade de abandono da escolaridade, aos 18 anos (Santos e Morato, 2012).

Estas alterações vão também ter um papel importante na construção da imagem que o indivíduo tem acerca de si próprio, sendo que quanto maiores as dificuldades, mais caótica, desorganizada e pobre será esta percepção e o mundo interno do indivíduo (Coelho e Coelho, 2001). Para além dos aspetos averiguados, há também quem correlacione as dificuldades a nível cognitivo com as experiências do dia-a-dia, defendendo dificuldades nos processos de integração das vivências (Schalock et al, 2012), ou mesmo na escassez de oportunidades na comunidade expectáveis para o escalão etário (Ramey e Ramey, 1998).

Características Psicomotoras

Na literatura, menores níveis de funcionamento intelectual, associados a maiores dificuldades sensoriais (Casey, Tottenham, Liston e Durston, 2005), correspondem a uma menor qualidade de desempenho motor (Smits-Engelman e Hill, 2012; Wassenber et al., 2005). Relativamente às questões **psicomotoras**, podemos dividi-las e caracterizá-las segundo os fatores psicomotores (Fonseca, 2010a): tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e fina, sendo que todos evoluem e complexificam ao longo do processo de desenvolvimento (Santos e Morato, 2007), podendo adquirir um cariz decrescente a partir da idade adulta (Lahtinen, Rintala e Malin, 2007).

A proficiência psicomotora é influenciada pelos problemas visuais (Santos e Morato, 2007) e (menores) oportunidades de exploração do meio (Wuang, Wang, Huang e Su, 2008), traduzindo-se numa maior lentidão no processo de maturação psicomotora (Santos e Morato, 2007; Smits-Engelsman e Hill, 2012; Zikl, Holoubková, Krásková e Veselíková, 2013), e de dificuldades a este nível (Wuang et al., 2008; Smits-Engelsman e Hill, 2012), sendo as diferenças intra-individuais maiores na população com DID (Zikl et al., 2013).

Neste âmbito, a nível da tonicidade, Lahtinen e colaboradores (2007) afirmam uma menor capacidade de força muscular, corroborando outros autores que têm apontado o perfil hipotónico como sendo o mais frequentemente observado na população com DID

(Fonseca, 2001; Morato 1995), com repercussões associadas a nível da performance motora (Fonseca, 2001), da reduzida antecipação de gestos, lentificação das ações motoras e uma baixa propriocetividade (Barnhill e Kartheiser, 2007; Vuijk, Hartman, Scherder e Visscher, 2010; Wuang et al., 2008).

O desenvolvimento do equilíbrio ao longo do crescimento, segundo Lahtinen e colaboradores (2007) advém de um processo que envolve tanto o desenvolvimento do controlo postural como da locomoção, pelo que se coloca a possibilidade da qualidade do desenvolvimento do primeiro depender dos segundos, relação que parece acentuar as dificuldades sentidas a nível do equilíbrio na idade adulta, apesar de se considerar sempre as influências do meio e os apoios que podem contribuir para a expressão destas dificuldades (Lahtinen et al., 2007). Desta forma, têm sido evidenciadas dificuldades a nível do equilíbrio dinâmico e estático (Smits-Engelsman e Hill, 2012; Vuijk et al., 2010), com menores índices na adolescência (Lahtinen et al., 2007). Estas dificuldades a nível do equilíbrio traduzem-se também em maiores dificuldades na locomoção (Smits-Engelsman e Hill, 2012; Zikl et al., 2013), no aumento do risco de queda com todas as implicações na participação do indivíduo nas atividades da sua vida diária (Lahtinen et al., 2007).

No que respeita à lateralidade têm-se verificado dificuldades (maiores quanto mais baixo é o QI do indivíduo; Carlier et al., 2006), tendo vindo a ser evidenciada a possibilidade de haver uma certa inconsistência na preferência quer manual (Carlier et al., 2006; Gérard-Desplanches et al., 2006; Lahtinen et al., 2007), quer podal na maioria da população (Gérard-Desplanches et al., 2006). Carlier e colaboradores (2006) encontraram maiores índices na preferência da mão esquerda e das duas mãos, e Gérard-Desplanches e colaboradores (2006) referem a inconsistência na preferência manual e podal, com uma maior probabilidade de lateralidade cruzada. Esta inconsistência a nível manual tem sido caracterizada como significativamente crescente durante a adolescência, mas com tendência decrescente a partir da idade adulta (Lahtinen et al., 2007). Também a nível do cruzamento da linha média do corpo tem sido observado uma inibição mais prolongada no que respeita ao processo de desenvolvimento, sendo este aspeto observado não só em crianças mas também em adultos (Carlier et al., 2006). As dificuldades ao nível da estruturação espacial e temporal são também reportadas (Barnhill et al., 2007).

No que toca às praxias, têm sido apresentadas maiores dificuldades nas competências de índole mais precisa associadas à praxia fina (Vuijk et al., 2010; Wuang et al., 2008), como é o caso da destreza manual (Smits-Engelsman e Hill, 2012; Vuijk et al., 2010), do que na praxia global, apesar de também nesta serem evidenciadas

dificuldades (Wuang et al., 2008), nomeadamente nas que envolvem uma maior proficiência motora (Wuang et al., 2008). A nível da praxia global (Hartman, Houwen, Scherder e Visscher, 2010), têm sido evidenciadas dificuldades a nível de coordenação oculo-manual e intersegmentar (Vuijk et al., 2010), que levam a dificuldades a nível do controlo dos objetos (Smits-Engelsman e Hill, 2012; Zikl et al., 2013). Também o QI parece consistir num fator de influência deste domínio, constatando-se em alguns trabalhos uma relação de proporcionalidade quando comparado com as competências grafomotoras (Lahtinen et al., 2007; Wuang et al., 2008) e o equilíbrio estático (Lahtinen et al., 2007).

Por outro lado, alguns fatores das funções executivas demonstraram ser cruciais quer para o exercício de atividades de índole motora (Hartman et al., 2010; Wassenberg et al., 2005), quer para a aprendizagem, como é o caso da memória de trabalho para tarefas que envolvam o equilíbrio ou o manuseio de objetos, o planeamento sequencial para a realização dos movimentos (Hartman et al., 2010), ou mesmo a capacidade atencional para todos os aspetos relacionados com a execução do movimento e concretização da atividade (Wassenberg et al., 2005). As dificuldades neste âmbito são sentidas no domínio motor, relação esta evidenciada em vários trabalhos que referem a necessidade existente em crianças com dificuldades a nível motor, de mais tempo para o processo de planeamento inerente ao movimento (Hartman et al., 2010; Zikl et al., 2013).

Mais uma vez, a necessidade de mais tempo para a aprendizagem, a menor velocidade de resposta e movimentos menos precisos são apontados como características das pessoas com DID (Barnhill e Kartheiser, 2007). Este conjunto de características têm impacto em tarefas de vida diária, como a mobilidade, manipulação de objetos e outras (Zikl et al., 2013).

Características Sociais e de Comunicação/Linguagem

As competências sociais também denotam algumas limitações em pessoas com DID, apesar das suas manifestações divergirem de indivíduo para indivíduo, influenciadas quer pela severidade da DID (APA, 2013), quer por outras características, desde herança genética, ou impacto contextual, mostrando dificuldade em realizar aquilo que é socialmente expectável (Percy, Lewkis e Brown, 2007a). O julgamento social tem sido caracterizado como imaturo evidenciando dificuldades, nomeadamente na criação de juízos de valor, quer relativos ao outro, quer às circunstâncias, tornando-o mais vulnerável em situações sociais e suscetível a condições de vitimização (Schalock et al., 2012).

O comportamento de um indivíduo pode ser encarado como a expressão do funcionamento interno do mesmo, podendo ser considerado expectável ou desajustado (Percy, Lewkis e Brown, 2007b). Segundo os autores os comportamentos desajustados podem dividir-se em comportamentos estereotipados ou de auto estimulação/autoagressão, e têm vindo a ser encarados como típicos na DID (Percy et al., 2007b; Santos e Morato, 2012a), apesar da grande variabilidade destas características (Percy et al., 2007b).

Têm sido também evidenciadas alterações no que toca às competências de comunicação dos indivíduos (Harris, 2006; Schlosser, Sigafoss, Rothschild, Burke e Palace, 2007; Schalock et al, 2012), com associações frequentes da DID a perturbações da comunicação e da linguagem (Harris, 2010; Schlosser et al., 2007) numa prevalência de 80% dos casos de DID severa e profunda (Harris, 2010), na qual é encontrada uma relação de proporcionalidade tendo em conta o grau de severidade (APA, 2013; Jacobson, Mullick e Rojhan, 2007; Schlosser et al., 2007), e que dificulta a capacidade da expressão de ideias e pensamentos (Schalock et al, 2012), sendo influenciadas pelas dificuldades sensoriais (visuais e auditivas) do indivíduo (Schlosser et al., 2007).

A comunicação, que tende a ser caracterizada por ser pré-verbal (Santos e Morato, 2012b), funciona como uma das barreiras para a participação social das pessoas com DID, evidenciando as dificuldades na compreensão de instruções e na expressão de ideias ou sentimentos (Crnic, 1988), constatando-se que a linguagem se encontra afetada na maioria dos casos com DID (Doka e Lavin, 2003; Gerenser e Forman, 2007). A articulação e a ecolalia, a construção gramatical e o processamento fonológico encontram-se comprometidos (Burack et al., 1998; Jacobson et al., 2007; Santos e Morato, 2002), utilizando-se frases simples (Zikl et al., 2013) e discursos pouco perceptíveis (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b). O perfil da inteligência não-verbal das crianças com DID é inferior ao dos seus pares (Schuit, Segers, van Balkom, e Verhoeven, 2011).

As dificuldades na interpretação das pistas e expressões faciais (Adams e Oliver, 2011), bem como da interiorização e aplicação das regras sociais, da (maior) vulnerabilidade apresentada pelas pessoas com DID, com repercussões ao nível do julgamento social (Burack et al., 1998) e da tomada de decisão (APA, 2013) explicam, em parte, as dificuldades no estabelecimento e manutenção de relações sociais positivas e ajustadas (Sukhodolsky e Butter, 2007). A leitura das pistas sociais no outro, apesar da atribuição de um significado emocional a uma expressão facial, parece revelar a dificuldade em reter a informação dos traços faciais, sendo mais evidente no que toca à metade superior do rosto, o que sugere que cada um destes aspetos é processado,

do ponto de vista neuronal, de forma diferente (Carvajal, Fernández-Alcaraz, Rueda e Sarrión, 2012). O autor constatou uma maior facilidade em discriminar rostos quando comparado com a identificação de expressões faciais, e em selecionar uma expressão relativa a um rosto quando comparado com o contrário.

As competências sociais afetam a capacidade de autodeterminação (Wehmeyer e Bolding, 2001) e os comportamentos desajustados, manifestados pelas pessoas com DID, são uma das principais razões para a exclusão social (Hogg e Mittler, 1983; Popovici e Belciu, 2013). Kasari e Bauminger (1998) acrescentam as dificuldades na resposta emotiva bem como a avaliação dos comportamentos pró-sociais a assumir quando confrontados com experiências sociais com os seus pares em contexto comunitário.

No âmbito dos desajustamentos há que considerar os *Comportamentos Autoabusivos* (Matson, Cooper, Malone e Moskow, 2008; Silva, Veríssimo, Carneiro, Felix e Santos, 2018) com uma prevalência significativa, variando entre 4 a 16% nos casos com DID e aumentando com o nível de severidade (Harris, 2006), e que irão influenciar outros *Comportamentos Sociais*, como a agressividade para com os outros, *Comportamentos Sexuais* – com a desadequação do momento e do local onde são exibidos dadas a escassa informação sobre o desenvolvimento sexual (Zetlin e Morrison, 1998) – e *Estereotípias* (Harris, 2006; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012b). De acordo com as mais recentes investigações este conjunto de comportamentos, decorrentes das dificuldades no controlo inibitório, pode estar associado ao diagnóstico duplo, ou seja, às perturbações no âmbito da saúde mental (Barnhill e McNelis, 2012; Harris, 2006; Harris, 2010; Sukhodolsky e Butter, 2007), observando-se com alguma frequência a instabilidade emocional ou mudanças bruscas de humor, sem análise crítica das suas capacidades e ambições (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012b).

Características Práticas e Adaptativas

De uma forma geral, e resultante das características apresentadas anteriormente, as pessoas com DID tendem a apresentar um perfil adaptativo inferior aos seus pares típicos (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012b), possivelmente resultantes da superproteção e da perspetiva social desvalorizadora da pessoa com DID que é ainda considerada como não tendo capacidades para uma vida autónoma (Santos, 2014). O baixo estatuto económico e as limitações (académicas) no transfer funcional com repercussões na utilização e organização monetária, as limitações

cognitivas, sociais e pessoais, a institucionalização e as condições de saúde condicionam o desempenho adaptativo (Santos e Morato, 2012).

O CA, enquanto conjunto de aquisições que permitem que cada pessoa estabeleça uma relação de qualidade com as exigências envolvimentoais (Lambert et al., 1993; Santos e Morato, 2012b; Tassé et al., 2012) é influenciado pela idade (Bigby, 2007; Santos, 2014; Santos e Morato, 2012c), género (Santos e Morato, 2012d) e valores socioculturais (Santos e Morato, 2012e), entre outros.

No âmbito da *Autonomia*, as pessoas com DID tendem a apresentar dificuldades nas atividades de vida diária desde a alimentação, higiene e vestuário, até à mobilidade e utilização de transportes e serviços da comunidade (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012b). A realização menos sucedida deste tipo de tarefas pode decorrer das dificuldades cognitivas e da desresponsabilização e super-proteção face a estas pessoas, bem como das limitações motoras (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b). Para os mesmos autores, esta situação volta a repercutir-se ao nível da *Atividade Económica*, *Atividade Doméstica* e dos *Números e Tempo*, tal como referido anteriormente. Ao nível do *Desenvolvimento da Linguagem* as pessoas com DID evidenciam as dificuldades na resposta a problemas, com produção de respostas pouco perceptíveis, na compreensão de instruções que lhes são dirigidas ou de dinâmicas na qual estão inseridas, e no reconhecimento das próprias limitações (Schalock et al, 2012), entre outras.

A área da *Responsabilidade* também é um domínio onde as pessoas com DID denotam menores níveis adaptativos não parecendo ter a noção da necessidade de proteger e cuidar do que é seu (Kasari e Bauminger, 1998; Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012b), ao mesmo tempo que alguns dos comportamentos desadaptativos nesta área tem repercussões ao nível da *Atividade Pré-Profissional* parecendo que a questão da pontualidade e assiduidade são pouco estimuladas, sendo terceiros a assumi-las, e que a maior lentidão, persistência e motivação para as tarefas compromete a produtividade (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012b). Para os autores, a consideração dos sentimentos dos outros e mesmo a colaboração entre pares é caracterizada pela necessidade de ser incentivada, constatando-se a restrição do grupo de amigos aos familiares, técnicos e outros pares que frequentam a mesma instituição (Morato, Matias e Proença, 2005; Zetlin e Morrison, 1998) e que de alguma forma interferem na capacidade de *Socialização* (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012b). Comportamentos de passividade e falta de iniciativa, interagindo apenas quando

solicitados são também reportados no âmbito da *Personalidade* (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012b).

Comorbilidades

Associadas à DID aparecem recorrentemente associadas dificuldades características da problemática no âmbito do domínio **biológico** (Harris, 2006; Harris, 2010) nomeadamente dificuldades a nível da audição (cerca de 10 a 17%) e da visão (Harris, 2006; Kiani e Miller, 2010; Jacobson et al., 2007) com uma prevalência 15 vezes superior quando comparada com os pares típicos e incluindo problemas ao nível da acuidade visual e da não discriminação das cores (Jacobson et al., 2007), com especial incidência em determinadas síndromes (Jacobson et al., 2007; Kiani e Miller, 2010), com tendência a aumentar com a idade (Harris, 2010), e com o grau de severidade (Harris, 2006). A ocorrência de crises convulsivas (epilepsia - de acordo com as estatísticas norte-americanas um terço dos casos), na qual a proporção é equivalente ao grau de severidade (Harris, 2006), e a co-ocorrência de paralisia cerebral com uma incidência de 30 a 60% (Harris, 2006; Harris, 2010), são comumente encontradas na DID severa, apesar de variar tendo em conta a zona afetada (Harris, 2006).

A DID aparece muitas vezes associada a outras perturbações no âmbito da saúde mental, na situação de diagnóstico duplo (Barnhill e McNelis, 2012; Kauffman e Landrum, 2007; Matson e Laud, 2007), sendo as taxas de prevalências das perturbações psiquiátricas superior em crianças com DID quando comparadas com os seus pares (e.g.: Aman e Ramadan, 2007; Fletcher, Loschen, Stavrakaki e First, 2007; Harris, 2006, 2010; Matson e Laud, 2007). Neste âmbito destaca-se a perturbação de ansiedade e epilepsia (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2007), sendo que as perturbações de humor, depressão, esquizofrenia e outras perturbações psicóticas são também comuns nas pessoas com DID (Aman e Ramadan, 2007; Cianchetti, Meloni e Gaspa, 2007; Harris, 2006; Smith, Haut e Fleischer, 2007). Harris (2006, 2010) acrescenta ainda a perturbação da atenção e défice de atenção (PHDA), com maior predominância das dificuldades atencionais, a perturbação do espectro do autismo (PEA), as perturbações do comportamento, comportamentos desafiantes, processos demenciais, crises convulsivas, cuja frequência (quando acontece) depende da severidade da DID, entre outros. A dificuldade na despistagem e identificação das perturbações psiquiátricas decorre das limitações na área da comunicação expressiva (Barnhill e McNelis, 2012; Smith et al., 2007).

Com o intuito de aprofundar o conhecimento inerente ao estudo de caso escolhido para elaboração do presente relatório, apresenta-se agora a base literária referente ao diagnóstico principal, que serve de suporte ao trabalho desenvolvido.

Trissomia 21

Definição

A Trissomia 21 (T21), ainda perspectivada como a forma mais comum de DID (Grouios e Ypsilanti, 2011; Levitas, Dykens, Finucane e Kates, 2007; Lott e Dierssen, 2010; Lovering e Percy, 2007; Roberts, Price e Makin, 2007), é uma perturbação congénita, descrita primeiramente em 1866 por Langdon Down (Levitas et al., 2007), causada pelo aparecimento de uma cópia extra do material genético no par cromossómico 21 (Antonarakis, Lyle, Dermitzakis, Reymond e Deutsch, 2004; Bessa, Lopes e Maciel, 2012; Levitas et al., 2007; WHO, s.d.b), que se pode dar através de três formas (Eggermann e Schwanitz, 2011):

- A **Trissomia** constitui a mais comum das três formas, e o indivíduo apresenta 47 cromossomas, sendo o par 21 composto por três cromossomas, tendo origem num erro meiótico de não disjunção (na meiose I ou II) da formação de gâmetas (sendo mais frequente por parte da mãe) ou num erro das mitoses pós-zigóticas (Eggermann e Schwanitz, 2011; WHO; s.d.b);

- A **Translocação**, que pode ser do tipo simples ou Robertsoniana, consiste no surgimento de um cromossoma novo por fusão cromossómica com outro segmento, formando um híbrido, ou na formação de um isocromossoma em que há o acréscimo do material genético em falta pela cópia do material já existente, ou do tipo recíproca, onde ocorre a troca de material cromossómico não homólogo (i.e.: cruzamento entre dois cromossomas diferentes) (Eggermann e Schwanitz, 2011). Os autores acrescentam que a translocação pode ser ainda equilibrada, quando a troca ou formação do material é feita à semelhança do material existente, ou desequilibrada quando a partilha é desigual e há acréscimo ou perda do material genético; e

- O **Mosaicismo** tem origem em alterações cromossómicas no decorrer das mitoses durante o período pós-zigótico, ou seja, apenas algumas células irão apresentar o “erro” (Eggermann e Schwanitz, 2011; Levitas et al., 2007), sendo a percentagem de células alteradas dependente do momento em que a alteração se deu (Eggermann e Schwanitz, 2011). É ainda importante salientar que apesar da existência de células alteradas é possível que alguns indivíduos não apresentem o fenótipo característico da

T21 (i.e.: se a percentagem da alteração se situar entre 0.5 e 5%) (Eggermann e Schwanitz, 2011).

Etiologia e Prevalência

A deteção desta alteração genética é normalmente realizada antes do nascimento, com base em testes (e.g.: amniocentese, vilosidades coriônicas) (Levitas et al., 2007; WHO, s.d.b), da análise sanguínea com averiguação dos índices de feto-proteína alfa e de testes de ultrassons, como o rastreio da translucência nugal (WHO, s.d.b). Esta despistagem tem papel muito importante para os progenitores, permitindo uma preparação precoce para os desafios futuros (WHO, s.d.b). Apesar de todos estes métodos inovadores é também possível a identificação com base nas características físicas, após o nascimento, sendo uma perturbação facilmente identificável a nível fenotípico (Levitas et al., 2007).

A T21 apresenta uma prevalência de 57 casos por cada 100000 nados-vivos em Portugal e 108 na europa (WHO, s.d.c), sendo que destes 92% são do tipo trissomia, 2 a 4% de mosaicismo e 3 a 4% do tipo translocação (Harris, 2006), sendo a idade da mãe apontada como causa muito forte para esta alteração (Eggermann e Schwanitz, 2011; Harris, 2006; Levitas et al., 2007; WHO, s.d.b). Acrescenta-se, ainda, a existência de alterações cromossómicas num dos progenitores (Harris, 2006; Eggermann e Schwanitz, 2011), a exposição a substâncias mutagénicas (Eggermann e Schwanitz, 2011), não sendo atribuída a ações comportamentais dos pais, nem a fatores do ambiente (Harris, 2006).

As perspetivas futuras relativamente à QdV do indivíduo com T21 e o desenvolvimento das suas capacidades, vão estar dependentes de inúmeros fatores como: a qualidade dos cuidados de saúde (e.g.: exames regulares a fim de averiguar e monitorizar o desenvolvimento cognitivo e motor e aconselhar e orientar intervenções adequadas à situação); do cuidado e apoio parental e sistemas de apoio disponível na comunidade (WHO, s.d.b). O prognóstico é dependente das complicações associadas e do tipo de apoios providenciados, sendo por isso muito variável (WHO, s.d.b).

Características

A T21 apresenta características específicas, quer a nível anatómico, quer a nível biológico, levando à sua identificação precoce (Levitas et al. 2007). A nível anatómico, evidencia-se a braquicefalia (i.e.: tamanho cefálico com dimensões inferiores ao normal, destacando-se o tamanho reduzido das áreas temporal e frontal e do cerebelo – Lovering e Percy, 2007; Lott e Dierssen, 2010), o aspeto plano da face, a boca e os olhos com dimensões também inferiores à norma (Levitas et al., 2007), e com os olhos

numa disposição mais inclinada e com dobras nas pálpebras, mãos grossas e largas (Lovering e Percy, 2007; Lott e Diersen, 2010) com prega palmar única (Harris, 2006; Levitas et al., 2007), ou braquidactilia (dedos pequenos - Lovering e Percy, 2007; Lott e Diersen, 2010), boca pequena com língua saliente, e o pescoço largo (Levitas et al., 2007), nariz largo, linha do cabelo baixa, espaço maior entre o primeiro e o segundo dedo do pé, membros superiores mais curtos e uma estrutura corporal mais reduzida (Harris, 2006). Lott e Diersen (2010) acrescentam ainda a tendência para a hipotonia, baixa estatura e obesidade (Lovering e Percy, 2007).

No que toca ao crescimento, é apresentado um ritmo mais lento relativamente aos marcos de desenvolvimento tendo em conta a faixa etária, sendo mais evidente nos primeiros anos de vida devido à disfunção na produção da hormona do crescimento, da doença celíaca ou do hipotiroidismo, aspetos que resultam da presença do cromossoma extra (Lovering e Percy, 2007).

A nível fisiológico, têm sido nomeadas dificuldades e predominância de doenças em diferentes sistemas do corpo humano: músculo-esquelético (e.g.: doenças precoces degenerativas dos ossos e articulações, osteoartroses e laxidão das articulações - Harris, 2006; Levitas et al., 2007; Lovering e Percy, 2007; Martínez e García, 2008); visão (e.g.: cataratas, ceratocone, erros de refração, estrabismo e ambiopia), da audição devido a otites, doenças auditivas ou questões sensorineurais; gastrointestinal (e.g.: doença de atresia duodenal ou doença de Hirschprung, refluxo gastrointestinal, hérnias inguinais, obesidade e obstipação crónica - Harris, 2006; Levitas et al., 2007; Lovering e Percy, 2007; Martínez e García, 2008); cardíacas devido a anomalias congénitas (Harris, 2006; Levitas et al., 2007; Lovering e Percy, 2007; Martínez e García, 2008; Bull, 2011; WHO, s.d.b); respiratórias (e.g.: hipertensão pulmonar, pneumonia; Martínez e García, 2008; e apneia obstrutiva durante o sono; Bull, 2011); urinárias (e.g.: infeções; Levitas et al., 2007; Lovering e Percy, 2007); do sistema nervoso central (e.g.: problemas de tiroide; Levitas et al., 2007; Lovering e Percy, 2007); do foro oncológico (Harris, 2006; Lovering e Percy, 2007; WHO, s.d.b), dentárias (Levitas et al., 2007; Lovering e Percy, 2007; Macho, Seabra, Pinto, Soares e Andrade, 2008), de pele (Levitas et al., 2007; Lovering e Percy, 2007), diabetes (Lovering e Percy, 2007), convulsões e perturbações do sono (Lovering e Percy, 2007).

Para além destes domínios, têm sido também evidenciadas características específicas do ponto de vista cognitivo, psicomotor, social/comunicação e linguagem e adaptativas pelo que, em seguida, serão descritas.

No âmbito **cognitivo** tem sido evidenciada alguma variabilidade no que respeita à intensidade e função afetada (Lott e Dierssen, 2010), encontrando diferenças consoante as diferentes etapas do desenvolvimento na qual o indivíduo se encontra (Chapman e Hesketh, 2001; Grieco, Pulsifer, Seligsohn, Skotko e Schwartz, 2015), bem como a individualidade de cada um (Chapman e Hesketh, 2001). Desta forma, ao longo da primeira infância tem sido evidenciado um agravamento das dificuldades cognitivas e de aprendizagem, que se traduzem em atrasos na aquisição da linguagem verbal, sendo esta pouco elaborada quando emerge, mas também a nível da retenção do vocabulário e das competências de compreensão (Chapman e Hesketh, 2001).

Mais tarde, na segunda infância começam a ser mais evidenciadas as dificuldades a nível da memória verbal a curto prazo, havendo ainda uma permanência das dificuldades de aprendizagem, que afetarão mais o desenvolvimento da linguagem (Chapman e Hesketh, 2001). As dificuldades na memória verbal a curto prazo mantêm-se na fase da adolescência, expandindo-se para as de trabalho principalmente em tarefas específicas que trabalhem esta competência (Chapman e Hesketh, 2001). Deste modo, podemos associar as dificuldades da linguagem sentidas a aspetos cognitivos, uma vez que a linguagem deriva de processos cognitivos, sejam eles verbais ou não (Chapman e Hesketh, 2001; Naess, Lyster, Hulme e Melby-Lervag, 2011).

Assim podemos caracterizar este domínio pelas dificuldades a nível da aprendizagem (Lott e Dierssen, 2010) e da memória (Lott e Dierssen, 2010; Costanzo et al., 2013). A nível da memória verbal a curto prazo (Chapman e Hesketh, 2000; Harris, 2006; Naess et al., 2011), existem algumas dificuldades, havendo necessidade de mais tempo para a evocação de ideias (Harris, 2006). No âmbito da compreensão numérica, as competências parecem estar afetadas, apesar da aprendizagem deste tipo de habilidades decorrer ao longo do processo de desenvolvimento, dependendo das capacidades cognitivas de cada caso (Lanfranchi, Berteletti, Torrisi, Vianello e Zorzi, 2015).

Também as funções executivas parecem estar afetadas (Levitas et al., 2007; Sola et al., 2015), encontrando uma variação ao longo do processo de desenvolvimento (Grieco et al., 2015), principalmente a capacidade de respeitar e seguir regras, o controlo da impulsividade (Levitas et al., 2007) e da atenção (Levitas et al., 2007; Costanzo et al., 2013; Sola et al., 2015), nomeadamente a atenção auditiva sustentada e a visual seletiva, apresentando características mais adequadas na atenção auditiva seletiva e visual sustentada (Costanzo et al., 2013), havendo uma maior facilidade na

realização de tarefas concretas e sucintas, na qual a dificuldade aumenta com o aumento da complexidade, do tempo e da capacidade de integração (Grieco et al., 2015). Os aspetos cognitivos podem ainda sofrer um agravamento das dificuldades, quando estão associados quadros convulsivos não controlados (Lott e Dierssen, 2010).

Características Psicomotoras

A nível **psicomotor**, o desenvolvimento dá-se de uma forma mais tardia devido a questões estruturais características da T21 que estão estritamente interligadas, como as estruturas cerebrais, as perturbações músculo-esqueléticas e a interferência de problemas médicos, caracterizados pela variabilidade de indivíduo para indivíduo (Martínez e García, 2008).

De forma geral, é comum haver alterações na transmissão de informação entre o sistema cérebro-estruturas, uma maior lentidão no processo de resposta a um estímulo (captação, processamento e interpretação do estímulo e produção da resposta adequada), e um movimento afetado (Martínez e García, 2008; Rigolgi, Galli, Mainardi, Crivellini e Albertini, 2011), caracterizado pela hipotonicidade (Harris, 2006; Lott e Dierssen, 2010; Martínez e García, 2008; Vicari, 2006) e laxidão de ligamentos, acrescida de encurtamento dos membros superiores e inferiores, com estes dispostos em abdução e flexão realizando rotação externa (Martínez e García, 2008).

Estas alterações relativas à tonicidade acabam por culminar numa instabilidade articular, que por sua vez levam a dificuldades na transmissão da informação proprioceptiva que é enviada para o tálamo com o intuito de regular o movimento (Martínez e García, 2008), afetando consequentemente o equilíbrio (Carlier et al., 2006) e a aquisição do padrão de marcha tardia quando comparado com os pares (Malak, Kostiukow, Krawczyk-Wasielewska, Mojs e Samborski, 2015; Martínez e García, 2008), sendo por vezes adotados padrões compensatórios desadequados, suscetíveis a alterações nas estruturas músculo-esqueléticas (Martínez e García, 2008). Desta forma, o movimento vai evidenciar uma baixa sinergia corporal (Rigolgi et al., 2011).

Outra das especificidades da T21, centra-se a nível da predominância lateral, com uma maior incidência na mão esquerda, mas com relatos também frequentes de uma inconsistência a este nível (Carlier, 2006; Gérard-Desplanches, 2006), não havendo diferenças de desempenho de uma mão para outra (Rezende et al., 2016), e sendo evidente o desenvolvimento crescente durante a adolescência e decrescente na idade adulta (Lahtinen et al., 2007). Também a nível da memória visuo-espacial são evidenciadas dificuldades enquanto a memória sequencial espacial apresenta valores

inferiores, quando comparada com os pares mas de acordo com as competências cognitivas do indivíduo (Yang, Conners, Merrill, 2014).

Do ponto de vista das praxias têm sido também evidenciadas dificuldades a nível da coordenação dos movimentos (Martínez e García, 2008), o que parece estar diretamente relacionado com o atraso sentido a nível das aquisições motoras de âmbito fino (Frank e Esbensen, 2014; Martínez e García, 2008) ou global (Martínez e García, 2008).

Características Sociais e de Comunicação/Linguagem

As pessoas com T21 são caracterizadas como sendo amigáveis e cativantes (Harris, 2006; Levitas et al., 2007; Schalock et al., 2010), com uma baixa tendência a apresentar problemas a nível emocional e do comportamento (Levitas et al., 2007). No entanto, no que toca a competências de comunicação é possível ver algumas dificuldades, quer a nível da linguagem expressiva quer a nível da recetiva, que podem encontrar uma explicação em dificuldades auditivas ou visuais, em alterações morfológicas da zona bucal, como quadros de hipoplasia ou hipotonia da zona orofacial, uma exagerada curvatura do palato ou problemas dentários, ou mesmo em fatores neurológicos como a disartria ou a apraxia (Lovering e Percy, 2007).

Deste modo podemos apontar dificuldades na produção do discurso e da linguagem (Harris, 2006; Lovering e Percy, 2007), caracterizadas por poucas competências verbais expressivas e gramaticais (Harris, 2006; Levitas et al., 2007), que tendem a levar à pobreza da articulação sintática (Levitas et al., 2007; Lovering e Percy, 2007), com limitações no vocabulário (Harris, 2006; Lovering e Percy, 2007), centrando-se a compreensão em palavras soltas (Harris, 2006), e com dificuldades nos processos fonológicos (Lovering e Percy, 2007), estando o discurso não-verbal afetado (Harris, 2006).

No campo da linguagem recetiva, as limitações são menos evidenciadas (Harris, 2006), com dificuldades a nível da memória auditiva a curto prazo (Harris, 2006; Lovering e Percy, 2007) e do processamento auditivo (Lovering e Percy, 2007). Estas competências apresentam um desenvolvimento contínuo, apesar de na fase adulta se dar de forma mais lenta, persistindo, contudo, algumas dificuldades a nível da pronúncia de palavras (Lovering e Percy, 2007).

Características Práticas e Adaptativas

No que toca às características adaptativas-práticas, têm sido evidenciados bons índices neste âmbito quando comparados com outros indivíduos com DID (Chapman e Hesketh, 2001; Harris, 2006), o que tende a colmatar as dificuldades apresentadas do ponto de

vista intelectual (Schalock, et al., 2010), adotando principalmente estratégias na qual têm mais facilidade como é o caso da imitação (Harris, 2006).

Contudo, atualmente, a necessidade de competências promotoras da vida independente por parte do indivíduo tem sido posta em causa, não sendo vista como um elemento prioritário, principalmente se estes viverem com os pais, sendo o investimento reduzido no que respeita ao desenvolvimento de outras competências subjacentes, como é o caso da *Autodeterminação* em estreita relação com o funcionamento adaptativo (Gilmore e Cuskelly, 2017). Esta questão da prioridade no trabalho de certas competências tem-se colocado também noutros trabalhos como explicação para as dificuldades encontradas, como referem Santos e Morato (2012f) relativamente ao domínio da *atividade económica* e de *números e tempo*, acrescentando ainda a possibilidade de terceiros assumirem a responsabilidade das tarefas a estas associadas, tendo vindo a ser evidenciada uma baixa autonomia comparativamente aos pares (Gameren-Oosterem et al., 2011).

Desta forma, no decorrer desta tomada de posição de terceiros face às responsabilidades do indivíduo, podemos considerar os pares mais próximos (por exemplo, a família) como sendo um forte influenciador da aquisição de certas competências como demonstram os trabalhos de Foley e colaboradores (2014) onde foi encontrada uma relação de proporcionalidade entre o índice de qualidade de vida sentida no seio familiar e certas competências do indivíduo, referindo que quanto maior fosse este índice, mais trabalhadas estariam as competências ligadas ao autocuidado e às funções comunitárias do indivíduo.

A personalidade das pessoas com T21 é vista pela positiva pela comunidade, apesar da individualidade e variabilidade intra individual (Gilmore, Campbell e Cuskelly, 2003), caracterizando-se de forma genérica como pessoas afetuosas, mas demonstrando alguma instabilidade emocional (Gameren-Oosterem et al., 2011) e conflitos relativos à formação da identidade associados a sentimentos de inibição da sua independência por parte dos pais (Scott, Foley, Bourke, Leonard e Girdler, 2014).

Comorbilidades

Ao longo do ciclo de vida os comportamentos manifestados pelas pessoas com T21 vão variando: em idades mais precoces predominam a oposição, o desafio e a perturbação de hiperatividade com défice de atenção como comorbilidade; na adolescência, são evidenciados os problemas de internalização como a separação e o controlo dos sentimentos exprimidos, as obsessões com o término das tarefas e um maior risco de desenvolvimento de psicopatologias atípicas em relação à faixa etária (Levitas et al.,

2007; Rachidi e Lopes, 2007); na idade adulta, há um maior risco de depressão (Levitas et al., 2007; Rachidi e Lopes, 2007; Schalock, et al., 2010), de perturbações obsessivo-compulsivas, de ansiedade e problemas associados ao hipotireoidismo (Levitas et al., 2007), e em idades mais avançada a doença de Alzheimer (Harris, 2006; Levitas et al., 2007; WHO, s.d.b). Nesta população, é comum que aos 40 anos a maior parte dos indivíduos apresentem estruturas cerebrais preditoras de um diagnóstico de Alzheimer, sendo que este nem sempre se expressa do ponto de vista sintomático (Lott e Dierssen, 2010). A esperança média de vida destes indivíduos tem vindo a aumentar com o desenvolvimento social (WHO, s.d.b), de apenas 10 anos em 1900, e atualmente vivendo para além dos 50 anos (WHO,s.d.b).

Características dos clientes da CERCILisboa

Ao analisar as características “pessoais” dos clientes com quem se interveio, e na relação com as características anteriores descritas na literatura, constata-se a existência de uma grande variação individual e de um grande leque de características. Os clientes, de forma geral, evidenciavam dificuldades de âmbito cognitivo, desde os que apresentavam maior necessidade de apoios até clientes no mercado laboral e em programas de autorrepresentação, indiciando maior autonomia. Ao nível do funcionamento executivo foram visíveis dificuldades comuns e transversais em todos os clientes (Kirk et al., 2015; Schalock et al, 2012; Steele et al., 2012), nomeadamente a nível da capacidade atencional, do planeamento, da resolução de problemas, do raciocínio abstrato, da capacidade de compreensão, da memória de trabalho e da capacidade inibitória de comportamentos, o que tende a levar a dificuldades a nível da aprendizagem, com necessidade de mais tempo para a interiorização desta (APA, 2013; Doka e Lavin, 2003). As dificuldades nas competências académicas (Steele et al., 2012), manifestam-se de formas distintas, sendo que apesar de muitos não terem adquiridas competências de leitura e escrita (em alguns casos apenas sabem escrever o seu nome e identificá-lo), outros sabem ler e escrever ainda que de uma forma pouco fluente.

Do ponto de vista psicomotor, também foi possível observar a tendência para um perfil hipotónico; dificuldades ao nível do equilíbrio dinâmico e estático condicionando a locomoção, que se caracteriza por ser mais insegura, sendo em alguns casos necessário o uso de apoios físicos, ou de ajuda física completa; inconsistências na preferência lateral das diferentes extremidades do corpo; e dificuldades a nível prático, principalmente quando a tarefa requer uma maior precisão, mas também a nível da coordenação intersegmentar (Gérard-Desplanches et al., 2006; Lahtinen et al., 2007; Smits-Engelsman e Hill, 2012; Vuijk et al., 2010; Wuang et al., 2008; Zikl et al, 2013). Todavia, a diversidade no desenvolvimento psicomotor era observável, pelo que apesar

das dificuldades evidenciadas por grande parte dos clientes, alguns elementos do grupo destacavam-se pelo seu bom desempenho motor.

Do ponto de vista social, alguns clientes apresentavam comportamentos desajustados (Percy et al., 2007b; Santos e Morato, 2012a) que tendiam a ser mais frequentes com o grau de severidade (Harris, 2006). Contudo apresentavam boas relações entre si mas também com os técnicos e outros funcionários, tendo alguns mesmo algumas redes sociais fora do ambiente de institucionalização e familiar. As dificuldades na expressão das ideias e pensamentos (Wehmeyer e Bolding, 2001), da interiorização das regras impostas pela sociedade e consequentemente da sua aplicação (Burack et al., 1998), da capacidade de tomada de uma decisão (APA, 2013), da manutenção de relações sociais saudáveis e prazerosas (Sukhodolsky e Butter, 2007) e da autodeterminação (Wehmeyer e Bolding, 2001) foram outras das características da maioria dos clientes com que se desenvolveu a intervenção. A maioria dos clientes apresentava uma comunicação verbal, com um discurso simples (Zikl et al., 2013) e, por vezes, pouco perceptível (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b), e com alguma dificuldade na compreensão de instruções (Crnic, 1988), razão pela qual se utilizou um estilo de instrução simples e conciso (Santos, 2018).

No âmbito da autonomia, alguns clientes necessitavam de apoio total nas atividades de vida diária, outros com alguma orientação conseguiam executar com sucesso as tarefas, e outros ainda apresentavam competências para ser completamente autónomos (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012b). Em alguns casos específicos, foi visível uma desresponsabilização da pessoa com DID face a um conjunto de tarefas dispersas em várias áreas, sendo este tipo de tarefas da responsabilidade de terceiros (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b). É ainda de salientar neste sentido, que de uma forma geral era evidenciado da parte de alguns clientes um grande empenho na realização das tarefas que lhes eram propostas de forma satisfatória para a sociedade, e orgulho quando se destacavam de forma positiva, o que impulsionava a autonomia nessas tarefas, evidenciando-se não só nas atividades socialmente úteis mas também nas terapias que frequentavam.

Inserido no âmbito do desafio inicial, por parte da orientadora académica, e depois de alguma reflexão sobre o tema, considerou-se pertinente abordar o tema das Funções Executivas (FE), no sentido de elaborar uma investigação no âmbito da compreensão do efeito de um programa psicomotor aplicado a um grupo de indivíduos com DID nestas

funções. Neste sentido, irá ser apresentada a contextualização teórica das FE, bem como o seu contributo ao estágio concretizado.

Funções executivas

Para facilitar a compreensão do constructo das “Funções Executivas”, começa-se por realizar uma breve descrição e caracterização, a nível morfológico do cérebro, especificando para a região frontal e, posteriormente, para a região pré-frontal, que na literatura é considerado como o “centro de operações” das funções executivas uma vez que contacta e interage com as áreas periféricas (Barkley, 2011).

Cérebro - Região Frontal – Região Pré-Frontal

O **Cérebro** é o órgão mais organizado e complexo do corpo humano, no qual o desenvolvimento tem início na concepção, seguindo o sentido das estruturas mais organizadas para as menos organizadas, do córtex inferior para o superior, das estruturas mais simples para as mais complexas, das funções mais automáticas para as mais voluntárias (Fonseca, 2010b). O cérebro é estruturalmente constituído por dois hemisférios ligados entre si através do corpo caloso, que apresentam e desempenham diferentes funções, sendo que o direito se ocupa da informação proveniente de novos acontecimentos, de questões globais e da criatividade, e o esquerdo de questões rotineiras, de análise e da complexidade (Fonseca, 2017).

A zona frontal localiza-se na zona anterior à fissura de Rolando e compreende estruturas como o giro central, onde se localiza por sua vez a área motora, o córtex pré motor, e o córtex pré-frontal na parte mais anterior do lobo (Gil, 2002; Luria, 1962).

O estudo deste órgão, na **região frontal** começou em 1870, com a retirada de determinada parte desta zona em animais, para posteriormente ser analisado o comportamento resultante desta operação (Barkley, 2011; Fonseca, 2010b; Luria, 1962), concluindo-se que esse segmento seria responsável pela função que mostrasse alterações ou défices (Luria, 1962). Com o passar dos anos e com a evolução do conhecimento do cérebro humano, começaram a ser colocadas questões que punham em causa a veracidade deste procedimento, principalmente pelas diferenças significativas encontradas entre o cérebro humano e o cérebro de outros animais (Luria, 1962). É nesta fase que se iniciam os estudos com indivíduos que evidenciavam danos cerebrais ou tumores na zona de interesse (Luria, 1962; Miyake et al., 2000).

Mais tarde, com a evolução da investigação e o consequente aumento da fiabilidade dos procedimentos, foram associadas ao **córtex pré-frontal** as funções superiores,

como a integração e execução de comportamentos direcionados, a inibição de ações automáticas e reações a estímulos estranhos, a reação a eventos ocorridos no passado, a avaliação de ações direcionadas para o envolvimento especialmente em circunstâncias desconhecidas, ou seja, o que envolve intencionalidade e qualidade propositada do comportamento (Barkley, 2011).

Assim a região pré-frontal, que do ponto de vista ontogenético cerebral é das últimas estruturas a desenvolver-se (Luria, 1962), apresenta conexões recíprocas essenciais com outras regiões do cérebro (Andrewes, 2001; Fonseca, 2017; Gil, 2002; Stirling, 2002) como o hipocampo, a amígdala, o tálamo, o córtex límbico para-hipocampal e cingular, o hipotálamo e o tegmento mesencefálico, não sendo apesar disso nem a origem, nem a chegada das vias sensoriais (Gil, 2002). Esta região caracteriza-se estruturalmente por um substrato superior intitulado dorsolateral, que tem como foco a produção e supervisão da ação e a metacognição, através do planeamento estratégico no sentido da sobrevivência, adaptação ao meio e aprendizagem, e um inferior, o orbital, responsável pela gestão do comportamento geral, pela regulação emocional e social, que se traduz em expressões a nível do controlo e modulação de impulsos, da tomada de decisão e da direção de comportamentos complexos (Fonseca, 2017), como está esquematizado na *Figura 2*.

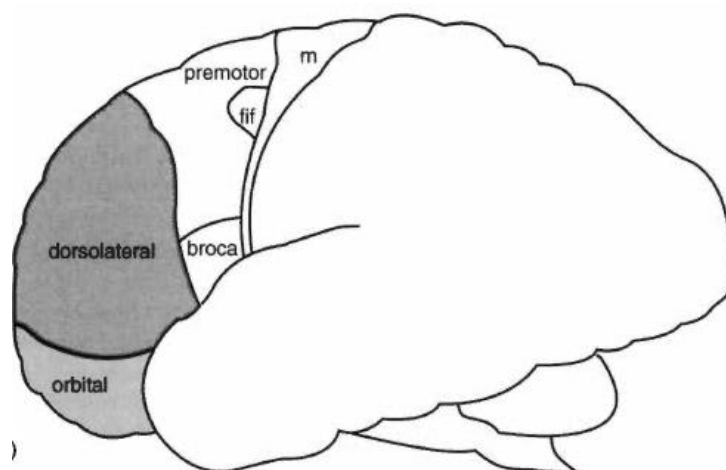


Figura 2: Localização das componentes Dorsolateral e Orbital da Região Pré-frontal no cérebro humano (Andrewes, 2001)

Desta forma, a região pré-frontal, funciona como coordenador e integrador das funções cognitivas e emocionais (Fonseca, 2017; Gil, 2002), sendo responsável pelo controlo de uma ação por antecipação, da seleção de objetivos e estratégias adequados, da planificação, da seleção adequada de estímulos, da atenção despendida para a tarefa e da monitorização, avaliação e verificação do resultado obtido (Fonseca, 2017; Gil, 2002).

Funções executivas

Antes de inserir este termo do ponto de vista conceitual, é importante assentar ideias no que toca à denominação do termo *Função executiva* vs. *Funções executivas*, defendendo a primeira a existência de uma função que coordena as restantes funções executivas, e a segunda a existência de um conjunto de funções que interage entre si de forma independentemente (Barros e Hazin, 2013). Ao longo da pesquisa realizada, as linhas encontradas (Barros e Hazin, 2013; Diamond, 2013; Fonseca, 2017) primavam a segunda hipótese, tendo também sido nestas que este trabalho de baseou, pelo que ao longo do trabalho o termo utilizado será “Funções Executivas”.

Do ponto de vista histórico, vários foram os acontecimentos que marcaram a conceitualização deste termo, contribuindo quer para a sua clarificação, quer para o desenvolvimento dos conhecimentos no que respeita à anatomia e fisiologia do cérebro. Em 1848, o conhecido acidente de Phineas Gage tornou-se um exemplo de uma lesão no lobo frontal, rico em informação pelo facto de apresentar dois momentos de comparação do comportamento humano, o antes e o após a lesão. Nesta, o empregado ferroviário Gage detonou acidentalmente uma carga explosiva, que levou ao trespassse do seu crânio por uma barra de ferro, danificando o lobo frontal esquerdo, o que aparentemente lhe afetou a personalidade, tornando-se mais rude, caprichoso e instável (Damásio, 2011; Gil, 2002), evidenciando dificuldades severas a nível do controlo e regulação do próprio comportamento (Miyake et al., 2000).

Mais tarde em 1875, experiências realizadas em macacos na qual lhes foi removida a área orbito frontal, demonstraram a inexistência de interferência na execução dos movimentos e utilização dos sentidos, apesar de ser notória uma alteração na manifestação de interesse e na interpretação inteligente e atenta da informação proveniente dos sentidos, o que leva à premissa de que as informações trabalhadas nesta área não se centram na recolha dos estímulos ou execução do movimento, mas sim noutros processos adjacentes a estes (Gil, 2002).

Jacobsen, nos anos 30, defendia que as lesões ocorridas no córtex pré-frontal tinham repercussões a nível das tarefas de resposta tardia, ou seja, aquelas que eram executadas passados alguns segundos do estímulo ser dado e que requeriam a atuação de alguns processos cognitivos como: a capacidade atencional referente à localização exata do estímulo; a memorização de informações e a escolha da resposta mais adequada inibindo as inadequadas, sendo que aquando da lesão nesta zona havia uma menor expressão de comportamentos ansiosos devido à dificuldade da tarefa (cit in Gil, 2002).

Mais tarde Luria (1962) conceitualiza que as lesões neste âmbito têm implicação no funcionamento de três áreas cerebrais: a zona basal do tronco cerebral e no sistema límbico, que é responsável pela atenção e memorização; a zona posterior, onde se dá o tratamento da informação sensorial; e a zona anterior, que assegura a regulação sequencial e a planificação da atividade cerebral (Gil, 2002). Este conjunto possibilita a realização de escolhas, uma resolução de problemas adequada e uma seleção dos comportamentos necessários à realização de determinada atividade (Gil, 2002).

Deste modo, as funções desempenhadas pelo lobo frontal começaram a ser frequentemente designadas por “Funções executivas”, uma vez que se dava o mesmo intuito ao termo executivo e frontal (Stirling, 2002). As FE referem-se a um conjunto de funções mentais complexas localizadas na região do córtex pré-frontal (Barros e Hazin, 2013) que interagem com outras estruturas posteriores e subcorticais (Gilandas, Touyz, Beumont e Greenberg, 1984; Luria, 1962; Middleton e Strick, 2001; Welsh e Pennington, 1988) da zona do lobo frontal (Barkley, 2011; Luria, 1962). As FE consistem em *inputs* cognitivos que se dão das áreas superiores para as inferiores, influenciando aspetos como a tomada de decisão, o armazenamento na memória de trabalho, seleção de informação sobre possíveis escolhas e integração destas em conjunto com as informações acerca do contexto atual, para a ação ideal e de acordo com a situação em questão (Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone e Pennington, 2005), permitindo a interação com sucesso do indivíduo com o meio envolvente (Carreteiro, 2016).

As FE ganham importância quando analisadas do ponto de vista das atividades e etapas do desenvolvimento ao qual o indivíduo se submete e é submetido (Diamond, 2013; Fonseca, 2017), uma vez que para o comportamento resultante deste conjunto de processos ser adequado às mais diversas situações, é necessário que cada componente corresponda de forma também adequada (Montesinos, 2016). Desta forma, este processo apresenta vulnerabilidades uma vez que necessita de um grande conjunto de interações com outras zonas do lobo frontal para agir como esperado, bastando apenas uma lesão ou debilidade numa das estruturas envolventes para que o seu funcionamento fique comprometido (Gilandas et al., 1984).

Atualmente, apesar de haver alguma coerência no que respeita às noções básicas utilizadas na compreensão do termo e das componentes que o constituem, há uma grande variedade de linhas no que toca ao estudo das FE, sendo que a forma como as definem diverge de linha para linha (Barkley, 2011; Stirling, 2002).

Uma dessas linhas é retratada por Stirling (2002) que refere que as FE assentam no controlo da ação, através da iniciação da ação, na qual está inerente: o interesse do

indivíduo pelo que o rodeia, e a capacidade de finalizar ou alterar o rumo de um comportamento em curso; no pensamento abstrato e conceptual; e na capacidade de organizar um comportamento tendo em vista um objetivo definido, abrangendo processos como o planeamento sequencial e a automonitorização.

Já Gioia, Isquith, Kenworthy e Barton (2002) vêem as FE como o elemento que orienta, gere e mantém as funções cognitivas, emocionais e comportamentais, sendo responsável pelas capacidades de intenção, orientação, direção e resolução de problemas. Comparativamente à visão apresentada por Stirling (2002), e relativamente às capacidades englobadas no termo FE, Gioia e colegas (2002) acrescentam a inibição de ações ou estímulos concorrentes, dando-lhe uma grande importância neste processo (Gioia et al., 2002).

Por outro lado, Miyake e colaboradores (2000) nos seus trabalhos teorizam a existência de três FE principais, por estarem localizadas em estruturas mais baixas e terem implicação em todas as outras: capacidade de mudar ou alternar entre tarefas ou conjuntos mentais; capacidade de atualizar e monitorizar representações provenientes da memória de trabalho; e capacidade de inibir respostas dominantes ou preferíveis. Diamond (2013) defende a mesma teoria diferindo apenas nos termos utilizados: a inibição - na qual é necessário um controlo, seja relativamente ao próprio indivíduo (autocontrolo), ou ao meio que o rodeia (inibição atencional); a memória de trabalho e a flexibilidade cognitiva (Barros e Hazin, 2013; Diamond, 2013). O autor define cada uma destas FE da seguinte forma:

- o **controlo inibitório** assenta na capacidade de controlar o processo atencional, ou seja, o comportamento, pensamentos e emoções com vista a retração de impulsos, ações habituais, ou estímulos do meio, possibilitando a execução da ação adequada e permitindo a escolha e modificação da forma de reação e do comportamento face a estímulos provenientes do ambiente (Diamond, 2013). Esta função engloba o controlo da inibição atencional, onde a atenção é focada num único estímulo, sendo todos os outros excluídos, e o autocontrolo, que tem como foco principal o comportamento, as emoções provenientes deste e a permanência na tarefa, resistindo à impulsividade (Diamond, 2013);

- a **memória de trabalho**, sistema de armazenamento temporário e de manipulação de informação (Smith e Jonides, 1999) verbal ou não verbal, ganha importância nesta dinâmica por dar sentido a sequências de acontecimentos decorrentes ao longo do tempo, e à relação entre si, possibilitando a compreensão da escrita e de processos matemáticos, permitindo o raciocínio, a criatividade e o reconhecimento de conceitos (Diamond, 2013); e

- por último, a **flexibilidade cognitiva**, caracteriza-se pela capacidade de alterar uma perspetiva espacial ou interpessoal modificando a maneira como se pensa, de forma inovadora e criativa (Diamond, 2013) e adaptar-se a uma situação imprevisível de forma flexível (Diamond, 2013; Martin e Rubin, 1995), admitindo possíveis erros (Diamond, 2013).

Estas três funções encontram-se em constante relação: a memória de trabalho interage com o controlo da inibição, no sentido de se poderem controlar reciprocamente, e, por sua vez a flexibilidade cognitiva encontra-se estritamente ligada às duas visto que para evidenciar um bom desempenho é necessário que a ideia inicial seja inibida (controlo inibitório) para que outra seja tomada/evocada no seu lugar (memória de trabalho; Diamond, 2013). É ainda de salientar que o controlo inibitório apresenta uma maturação proporcional à idade, pelo que devido à sua relação de interdependência com a memória de trabalho e flexibilidade cognitiva, estas também terão uma maturação no mesmo sentido de proporcionalidade (Diamond, 2013).

Devido ao seu carácter ligeiramente abstrato, por vezes é difícil identificar, mesmo através de avaliações específicas para o efeito as “Disfunções Executivas” (Stirling, 2002). As alterações consequentes são muito variáveis, tendo em conta a zona específica da lesão, e, por vezes, alvo de falta de consenso (Stirling, 2002). As mais comuns quando a lesão se localiza no lobo frontal assentam na perda da capacidade de autocritica e de avaliação do próprio desempenho, da subestimação ou da inconsciência das próprias dificuldades (Gil, 2002). Já quando a disfunção se deve a alterações a nível da zona pré-frontal e na zona dorsolateral, ocorrem dificuldades a nível da atenção, do planeamento e organização, bem como limitações no acesso à memória de trabalho e possíveis dificuldades de comportamento e de aprendizagem associados; ou na zona orbital, tendendo à impulsividade verbal e gestual e um descontrolo emocional (Fonseca, 2017). É ainda de salientar que quando é detetada uma dificuldade em determinado aspeto das FE, é natural que haja dificuldades em mais domínios (Stirling, 2002).

Vários têm sido os autores que têm questionado a relação entre as FE e a inteligência (Arffa, 2007; Brydges, Reid, Fox e Anderson, 2012), dada a evolução concorrente das duas (Brydges et al., 2012), mas também o facto de haver pontos de encontro entre os dois conceitos, visto que certas baterias utilizadas para avaliar o QI, fazem-no com base em aspetos como a memória de trabalho (Brydges et al., 2012; Mahone et al., 2002), que muitos autores consideram uma das FE principais (Diamond, 2013). Desta forma é importante deixar alguns pontos assentes no sentido de clarificar esta relação FE vs. QI.

Assim esta relação parte da coincidência de áreas abrangidas pelas redes de atuação de ambos os construtos, centrando-se principalmente na região frontal, mas também parietal no caso da inteligência (Barbey et al., 2012; Mahone et al., 2002). É também neste sentido importante ter em conta que algumas das áreas avaliadas quando se pretende chegar ao QI, passam pela fluência de palavras, pela compreensão verbal, pelas competências visuo-espaciais, pela facilidade de número, pela memória associativa, pelo raciocínio e pela velocidade de percepção (Polderman et al., 2006).

As FE sofrem influência de vários aspetos que se prendem principalmente pela individualidade, onde cada indivíduo é diferente e apresenta características únicas; pela genética/hereditariedade associada; e pela sociedade, sendo que o que é socialmente e clinicamente aceite prediz o peso da dificuldade sentida pelo indivíduo; encontrando o desenvolvimento destas uma estabilidade durante período de desenvolvimento do indivíduo (Miyake e Friedman, 2012).

Assim, os indivíduos com DID tendem a exibir algumas dificuldades a nível da atenção, nomeadamente na auditiva sustida e na visual seletiva, da categorização (principalmente visual), da memória de trabalho (Costanzo et al., 2013; Danielsson, Henry, Rönnerberg e Nilsson, 2010), da fluência da tarefa, do acesso instantâneo aos conteúdos léxicos e da capacidade de mudar uma tarefa, não querendo dizer necessariamente que há dificuldades no controlo inibitório (Danielsson et al., 2010).

Com isto, e tendo em conta a premissa de individualidade já referida, podemos caracterizar o perfil executivo do indivíduo com DID através de uma capacidade atencional de fraca qualidade e consequentemente com uma duração reduzida (Kirk et al., 2015; Steele et al., 2012), falhas a nível da memória de trabalho, uma disfuncionalidade a nível das competências de planeamento e resolução de problemas (Barnhill et al., 2007; Burack et al., 1998; Kirk et al., 2015), limitações a nível da antecipação do sistema causa-efeito (Schalock et al., 2012) e dificuldades no controlo da impulsividade (Levitas et al., 2007). No entanto, e a nível nacional, é observável ainda a escassez de estudos e evidências a este nível.

Terminada a caracterização da população com a qual se interveio, bem como das FE, segue-se a caracterização da intervenção psicomotora, um dos apoios a nível institucional, oferecidos na CERCILisboa (Ramos, Sousa, Estevens, Gomes e Santos, 2017), pelo que, em seguida, será abordada a psicomotricidade e a intervenção psicomotora como fundamentos teórico para toda a prática da estagiária.

Psicomotricidade

O conceito Psicomotricidade tem vindo ao longo dos séculos a sofrer algumas alterações devido às mudanças de visão ocorridas no decorrer da evolução científica, sendo que nos tempos iniciais o indivíduo era visto como um ser fragmentado em que o espírito, na altura enaltecido e associado à sabedoria, em nada estava relacionado com o corpo (Branco, 2010; Fonseca, 2010a). Com os estudos a nível do córtex, começa por surgir a possibilidade de existência de uma área que associava a imagem mental e o movimento (Costa, 2008), e que mais tarde levou ao interesse de neurologistas e psiquiatras pelo corpo, defendendo a possível relação deste com a dimensão psicológica do ser humano (Fonseca, 2010a), constatando a possibilidade de disfunções a nível da motricidade sem que a estrutura cerebral fosse afetada (Branco, 2010).

Mais tarde, o corpo ganha grande importância com o modelo militar, sendo ainda do ponto de vista social evidente a fragmentação referida, e Tissier (1894) afirma que as práticas não se deviam restringir ao trabalho muscular, mas focarem-se nos centros psicomotores com a ideia de existência de uma relação entre o movimento e o pensamento (cit in Costa, 2008). Esta ideia despoletou trabalhos como os de: Dupré (1925), que ainda de forma arcaica, pressupõem uma correspondência recíproca entre a localização cerebral e a perturbação psicomotora observada, utilizando pioneiramente os termos reeducação psicomotora e psicomotricidade (Branco, 2010; Costa, 2008; Fonseca, 2010a); ou os de Wallon (1925,1932,1934) onde são tratados o desenvolvimento psicomotor e a evolução mental da criança associados às perturbações conhecidas na altura (cit in Branco, 2010), e a importância da atividade postural e sensório-motora para o intelecto (Fonseca, 2010a), na qual o movimento é destacado como essencial para a elaboração do pensamento (Costa, 2008), pela relação com a emoção, o afeto, o ambiente, os hábitos e o carácter (Branco, 2010).

Com esta prática, ainda que com uma perspetiva unicamente reeducativa e funcional, Guilmain (1935) elabora um exame psicomotor com base nos princípios destacados por Wallon, com vista à medição, ao diagnóstico, à indicação terapêutica e ao prognóstico (cit in Branco, 2010), sendo seguido por Soubiran (1967), que com o exame psicomotor que desenvolveu, tinha em vista a avaliação da perturbação, e consequentemente, a definição do plano reeducacional e das atividades a implementar (cit in Costa, 2008).

Ainda com base no trabalho de Wallon, Ajuriaguerra (1974, 1970, 1952) direciona-se para a compreensão da patogénese de distúrbios através de uma classificação

sintomatológica, para o desenvolvimento de métodos de relaxação e exploração científica, onde consolidou alguns princípios esclarecedores do conceito em questão (cit in Costa, 2008; Fonseca, 2010a).

A evolução do conceito de psicomotricidade continuou de forma muito discreta e lenta devido à sua associação com a saúde mental, perdendo visibilidade para as práticas de índole mais corporal, e focando-se mais na explicação dos comportamentos e nos seus processos internos, sejam eles emocionais, cognitivos ou volitivos (Fonseca, 2001) até à década de 70 onde começa a ser definido como uma motricidade relacional, atribuindo-se maior importância à relação, à afetividade, ao emocional (Branco, 2010; Fonseca, 2001) e ao lúdico, encarando-se o ser de forma holística (Branco, 2010). A intervenção, após esta época, foi marcada por diretrizes baseadas na avaliação e aproximou-se de princípios baseados na compreensão (mais) terapêutica da pessoa (Costa, 2008)

Em Portugal, João dos Santos (1913-1987) foi considerado o implementador da psicomotricidade com os primeiros exames psicomotores, seguindo-se Pedro Onofre com um trabalho na base da defesa dos interesses da criança, através de uma metodologia assente na criatividade, descoberta e iniciativa, e visando a relação (cit in Costa, 2008).

Da Psicomotricidade à Intervenção Psicomotora

Neste sentido, a psicomotricidade encara o ser humano como ser holístico que integra um domínio corporal e um psíquico, que se encontram em constante e estreita ligação através do corpo, manifestando constantemente esta dinâmica através de expressões psicomotoras, abrangendo componentes motoras, emocionais e cognitivas (Fonseca, 2001). Esta ideia leva a que a psicomotricidade possa ser encarada como a expressão corporal do funcionamento psíquico do indivíduo (Branco, 2010), destinando-se a sua intervenção a todas as idades (Fernandes, 2015; Mello, 1989) numa abordagem específica consoante a população e o meio de atuação podendo esta ocorrer em escolas, hospitais ou clínicas, instituições especializadas ou instituições de longa permanência (Fernandes, 2015).

É neste âmbito que se devem considerar três abordagens fundamentais de análise: *multidisciplinar*, que visa as questões relacionadas com a evolução científica a nível biológico, humano e social, tanto para efeitos científicos, como para efeitos práticos de melhor compreensão das patologias; a *multiexperiencial*, que tem em vista as vivências do indivíduo e como isso influencia as relações entre o seu mundo interior e o

exterior; e a *multicontextual*, que é referente à relação existente entre o indivíduo e as interações com os vários contextos na qual está inserido (Fonseca, 2001; Fonseca, 2010b).

Enquanto terapia, a psicomotricidade pode ser entendida como uma área de campo transdisciplinar responsável pela temática das relações e influências existentes entre o corpo, a motricidade e o psiquismo, e que por sua vez culminam na personalidade total, singular e evolutiva característica do indivíduo, tendo em consideração os domínios biopsicossocial, afetivo-emocional e psicossociocognitivo manifestantes (Fonseca, 2010b). Atua a nível do corpo e do psiquismo, considerando o indivíduo, independentemente da sua condição, como um todo psicossomático, único e munido de capacidade evolutiva, na qual as funções corporais se mantêm em estreita ligação com as funções afetivas, relacionais, linguísticas e cognitivas, nunca descurando o contexto na qual está inserido, seja ele do ponto de vista ecológico, socio-histórico ou cultural (Fonseca, 2010b).

Neste sentido podemos considerar três âmbitos de intervenção psicomotora: **educativo** dirigido a indivíduos que não apresentam quadro patológicos ou sintomatologias negativas, tendo em vista o completo desenvolvimento físico, mental, afetivo e social do indivíduo, sendo assim mais direcionado para idades escolares e pré-escolares (Fonseca, 2010b; Mello, 1989); **reeducativo** (Fonseca, 2010b; Mello, 1989), em contexto de grupo ou individual, direcionando a intervenção para dificuldades a nível psicomotor e atuando diretamente no sintoma através de métodos diretivos, com atividades previamente planeadas, ou não diretivos, com atividades propostas pelo indivíduo com recurso ao material livremente disponibilizado (Mello, 1989); e **terapêutico** que, tal como acontece nos anteriores, através da interpretação das expressões individuais do ponto de vista tónico-emocional, visa acompanhar indivíduos com perturbações, organizados em grupo ou individualmente (Fonseca, 2010b; Mello, 1989). Todas as vertentes têm em comum a importância atribuída à experiência corporal e à interação com o meio, numa perspetiva que envolve as componentes motora, emocional e afetiva, tendo sido esta a vertente do estágio.

A intervenção psicomotora visa uma intervenção na globalidade do indivíduo, através da mediação corporal, proporcionando a harmonia interna do Eu e, consequentemente, das suas funções, sendo ferramentas fundamentais a experimentação, o agir e o investimento corporal (Martins e Rosa, 2010), que permitem a inscrição no corpo de processos psíquicos (Fernandes, 2015). A intervenção psicomotora terá em vista o desenvolvimento e aquisição de competências relativas ao comportamento tónico-emocional e relacional do indivíduo, considerando as vivências

motoras individuais; e a sua adaptação ao meio, visando a facilitação da relação com os outros, com os objetos e consigo mesmo (Fernandes, 2015). Esta intervenção deve basear-se principalmente nas necessidades que o indivíduo apresenta, e em fundamentação teórica e conhecimentos que a justifiquem e a estructurem/guiem (Fernandes, 2015).

É ainda de salientar a importância dada às estruturas e processos psíquicos aquando da intervenção, procurando uma melhoria destes no que toca à transmissão, execução e controlo do movimento, com vista à sinergia e integração mental do movimento, mas também um aumento da eficácia na dinâmica entre estes processos e os grupos musculares associados, que levam a uma maior disponibilidade corporal (Fonseca, 2006). Neste sentido, e olhando do ponto de vista da população em causa, a intervenção psicomotora pode ser vista como um facilitador da inclusão e participação do indivíduo na sociedade (Santos, 2017; Santos, 2018), através da promoção e estimulação de competências adaptativas (e.g.: Antunes e Santos, 2015; Leitão e Santos, 2017; Júnior, Afonso e Santos, 2017) e do funcionamento independente do indivíduo, minimização dos comportamentos desajustados (Santos e Morato, 2007) pelo foco na capacidade de autorregulação do comportamento e na vivência prática e concreta na resolução de problemas (Emck e Bosscher, 2010), visando uma intervenção que procura a aquisição e o seu transfer para situações de vida diária (Valente, Santos e Morato, 2012), com um impacto que se pretende positivo na qualidade de vida (Jardim e Santos, 2016; Stucki, 2007).

A intervenção psicomotora tem sido também abordada segundo dois pontos de vista que apesar de apresentados como distintos são indissociáveis, o relacional e o instrumental (Martins, 2001). Assim, a intervenção observada de um prisma instrumental terá em vista uma relação com principal foco nos objetos e nas suas características espaço-temporais, com usufruto da experiência sensório-motora para a promoção do desenvolvimento de competências perceptivas, simbólicas e conceptuais, enaltecendo a intencionalidade e a consciência do movimento bem como a exploração de todas as formas de expressão (Martins, 2001). A perspetiva relacional vai estar mais focada na componente relacional, centrando-se na gestão de problemáticas relacionados com a identidade e a fusionalidade do indivíduo, com vista à interação do indivíduo com o mundo envolvente e com os outros, permitindo a expressão pulsional do sujeito e o trabalho da figura do adulto como um agente securizador que providencie proteção e confiança à integração pretendida (Costa, 2008).

Por outro lado Probst, Knapen, Poot e Vancampfort (2010) nos seus trabalhos consideram dois tipos de intervenção consoante a orientação adotada, i.e.: uma

orientada para a ação, onde a ação e o resultado da mesma são enaltecidos, focando-se no desenvolvimento de competências psicomotoras, sensoriais, perceptivas, cognitivas, sociais e emocionais através de propostas para o efeito; e outra orientada para a experiência, onde a experiência e a percepção interior advinda desta ganham uma maior importância comparativamente à componente motora, sendo que nesta são convidados a participar num conjunto de atividades motoras onde experimentam emoções, pensamentos e confrontos com o próprio comportamento e características cognitivas, seguido de uma reflexão destes aspetos.

A intervenção da estagiária não assumiu nenhuma das vertentes em particular, jogando no equilíbrio das mesmas, passando pelo desafio na superação das exigências das tarefas e atividades planeadas e concretizadas, baseada na relação de confiança entre cliente e psicomotricista-estagiária, através de ações práticas, concretas e funcionais para a estimulação psicomotora e funcional, que pretendiam enriquecer a experiência diária de cada cliente.

Intervenção Psicomotora e Contextos

A intervenção psicomotora pode atuar em diversos contextos (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s.d.), sendo o meio aquático uma das possibilidades (e.g.: Jardim e Santos, 2016; Leitão e Santos, 2017), e um ambiente facilitador pelos benefícios sociais, fisiológicos e psicomotores decorrentes de uma intervenção na água (Freitas e Silva, 2010). Dado ter sido um dos principais contextos de atuação da estagiária será feita uma breve descrição da importância da intervenção psicomotora neste meio.

Meio Aquático

Um dos contextos onde a estagiária teve oportunidade de intervir foi o meio aquático, pelo qual é essencial compreender alguns elementos característicos da água, que atuam constantemente ao longo da sessão: a pressão hidrostática em todos os segmentos submersos (Barbosa, 2000) estimula diretamente a consciência corporal (Matias, 2010), e a instabilidade provocada no equilíbrio pelas forças envolventes nesta dinâmica (Barbosa, 2000), bem como a flutuação proporcionada ao corpo (Barbosa, 2000), leva à necessidade constante de ajuste do controlo postural (Matias, 2010), que através da experiência num meio diferente e do desafio de competências psicomotoras evidenciam por si só alguns benefícios (Filho, 2015).

A água tem sido considerada como um facilitador na intervenção, pela promoção de descobertas acerca do próprio e do meio em si (Filho, 2003), desafiando a procura das estratégias mais adequadas para atingir os fins (Onofre, 2004), com vista à

promoção do desenvolvimento de competências no indivíduo (Rodrigues e Lima, 2014). No seguimento desta linha, Matias (2005) encara o meio aquático como um meio organizador das sensações, percepções e cognições, onde a intervenção se centra na obtenção de respostas elaboradas e planificadas, tendo em vista a adaptação psicomotora e a consequente reorganização do processo de aprendizagem. Além disso, a mesma autora, em 2010, reforça a necessidade de reorganização psicomotora que a intervenção em meio aquático implica, desde a deslocação (quer em decúbito ventral, quer dorsal), passando pelos diferentes tipos de rotação (de decúbito ventral para dorsal e vice-versa, entre outros. A intervenção psicomotora na água permite o desenvolvimento harmonioso e integral do indivíduo num espaço de aprendizagem e reabilitação menos usual, focando-se em objetivos psicomotores, cognitivos e sociais (Freitas e Silva, 2010).

Nesta prática têm sido encontradas maiores evidências de benefícios em populações mais precoces, nomeadamente nos domínios corporal, psicomotor, relacional, intelectual e emocional, que contribuem para uma vida com mais qualidade (Varela, Duarte, Sereno, Dias, e Pereira, 2000).

Desta forma, evidencia-se do ponto de vista corporal uma melhoria a nível da condição física e funcional geral (Freitas e Silva, 2010; Teixeira-Arroyo e Oliveira, 2007), bem como no controlo da respiração (Onofre, 2004), aspetos corroborados por Biasoli e Machado (2006) que salientam benefícios a nível dos vários sistemas (i.e.: cardiorrespiratório, imunológico, músculo-esquelético, etc.). Já no âmbito psicomotor estes benefícios são apontados relativamente à consciencialização dos limites e competências corporais (Onofre, 2004; Freitas e Silva, 2010), à tonicidade (Freitas e Silva, 2010; Matias, 2005; Matias, 2010), à lateralização (Matias, 2005; Matias, 2010), à noção do corpo (Filho, 2015; Matias, 2005; Matias, 2010), ao esquema corporal (Freitas e Silva, 2010), à organização espacial (Filho, 2015), ao equilíbrio e à melhoria da coordenação e controlo dos movimentos (Freitas e Silva, 2010; Matias, 2005; Matias, 2010; Onofre, 2004).

Relativamente ao domínio intelectual enaltece-se a estimulação visuoauditiva (Matias, 2005; Matias, 2010) e melhores capacidades de aprendizagem, concentração e atenção (Matias, 2005; Matias, 2010), com possibilidade jogar com a aquisição de conceitos como distância, sentido de orientação, profundidade, sons, entre outros (Freitas e Silva, 2010). É também de referir os benefícios a nível do cumprimento de regras (Filho, 2015), inclusão social, (Matias, 2005; Matias, 2010), confiança nas próprias competências e da promoção da autorregulação comportamental e emocional (Matias, 2005; Matias, 2010) no âmbito socio-emocional.

A potencialidade da intervenção psicomotora na capacitação, funcionalidade e qualidade de vida das pessoas com DID parece ser corroborada a nível nacional (e.g.: Antunes e Santos, 2015; Júnior et al., 2017; Ramos et al., 2017) e em contexto aquático (Jardim e Santos, 2016; Leitão e Santos, 2017). Devido às características particulares do meio, a intervenção psicomotora deve ter um cariz motivado e livre (Onofre, 2004), passando por um momento espontâneo de exploração psicomotora (Onofre, 2004; Freitas e Silva, 2010), para, posteriormente, ser possível a interiorização das aprendizagens e a atuação dos aspetos intrínsecos ao meio (Onofre, 2004). Esta adaptação deve contar com duas fases: uma primeira na qual se dá o contacto com água e a integração sensorial daí proveniente, numa experiência agradável e segura; e uma segunda centrada no desenvolvimento de competências a nível do equilíbrio, respiração e propulsão, para o sucesso e segurança nas aquisições (Freitas e Silva, 2010). Há ainda a considerar a relação com os materiais, tendo em vista a experiência sensorial, motora e perceptiva, que resulta desta dinâmica, como facilitador da interação indivíduo-meio (Filho, 2015).

É ainda de salientar que não só a água desempenha um papel fulcral nesta dinâmica interventiva, como também os diferentes materiais disponíveis transmitem diferentes experiências sensoriais ao indivíduo, e as diferentes possibilidades de tarefas propostas impõem desafios ao equilíbrio e às habilidades motoras adquiridas no meio terrestre (Matias, 2005). Relativamente à autonomia do indivíduo, têm sido destacadas evidências nas atividades do dia-a-dia (Freitas e Silva, 2010; Filho, 2015).

Depois deste enquadramento teórico, onde se procurou abordar os principais tópicos do ponto de vista conceitual, será apresentada, em seguida, toda a descrição da prática da estagiária, que tentou aplicar todos estes conhecimentos para uma prática psicomotora centrada na pessoa.

A Prática

O Estágio realizado na CERCILisboa teve início no dia 4 de Outubro de 2017, e fim a 21 de Junho de 2018, com uma distribuição de 22h semanais (tabela 1), com as alterações pontuais expectáveis, quer do funcionamento da instituição (e.g.: necessidade de apoio em outra atividade como os inter-centros), quer dos feriados e festividades previstas ao longo do período de estágio.

Tabela 1: Horário das atividades de Estágio 2017_2018

	Segunda-feira	Terça-Feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
9h30-13h	AMA	AMA	AMA	-	AMA
14h-15h	Caminhada	AM	-	Caminhada	AM
15h-16h	AM	AM		AM	AM

NOTA: AMA=Atividade em Meio Aquático; AM=Atividade Motora;

A organização do estágio

A atividade da estagiária, e de acordo com as indicações das respetivas orientadoras, académica e locais, considerou a existência de diferentes etapas que serão explicadas brevemente, para uma melhor perceção do processo. Depois da primeira reunião formal entre todos os intervenientes, já em contexto institucional, a estagiária teve a oportunidade de conhecer quer a Diretora da instituição – que procedeu a um breve resumo da história e do funcionamento da CERCI, quer das orientadoras locais com quem iria intervir mais proximamente. Neste mesmo dia, foi ainda esclarecido que a estagiária se deveria dirigir à instituição no dia 4 de outubro, para a observação não sistemática da forma de estar na instituição. Para este efeito, e no primeiro mês, a estagiária teve a oportunidade de passar por diferentes salas e apoios, o que permitiu a apresentação e o estabelecimento de uma relação com os clientes e com os técnicos da instituição, uma primeira interação com a dinâmica diária do centro, a familiarização com as metodologias adotadas e com a visão da CERCILisboa, o que possibilitou apontamentos do tipo de atividades, do nível de apoios e das capacidades dos clientes, bem como da interação e o tipo de instruções e *feedbacks* utilizados.

Em seguida, numa segunda fase, houve um momento de integração mais ativo em contexto de Atividade Motora (AM) e Atividade em Meio Aquático (AMA), apoiando as técnicas nas diferentes atividades, pelas quais eram responsáveis, o que permitiu uma observação mais pormenorizada da adequação das atividades às características específicas de cada cliente e das funções que seriam expectáveis por parte da estagiária. Durante esta fase, o planeamento das sessões era da responsabilidade das orientadoras, atuando a estagiária como apoio aos clientes na sessão propriamente dita. Esta participação da estagiária possibilitou consolidar a relação com os clientes, bem

como a oportunidade de estar por dentro das atividades, questionando as orientadoras sobre as mais diversas dúvidas e curiosidades. Neste sentido, foram sendo efetuados registos diários sobre as sessões, tentando recolher o máximo de informação para a fase posterior.

Numa última fase, e após terem sido selecionados os grupos de intervenção específicos, a estagiária assumiu um papel cada vez mais autónomo, sendo a responsável por essas intervenções, i.e.: com supervisão total inicial de uma técnica, progredindo para momentos sem supervisão. Nas restantes sessões desempenhou funções de apoio tal como descrito anteriormente. Assim, e no que toca à postura mais autónoma da estagiária, e relativamente aos “seus” grupos de intervenção, todos os planeamentos e implementação dos mesmos foram da responsabilidade da estagiária, incluindo os momentos de avaliação inicial, o estabelecimento dos objetivos e diretrizes da intervenção, a intervenção propriamente dita e avaliação final. Estas intervenções, tal como as restantes, enquadraram-se nas finalidades da instituição, e no plano individual de cada cliente, na perspetiva de uma maior funcionalidade e de uma vida com mais qualidade. É ainda de salientar que a transição entre fases deu-se de forma progressiva e gradual, apesar de respeitar o cronograma apresentado na tabela 2.

Tabela 2: Organização das atividades de Estágio

	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abril	Maio	Jun
Observação	x								
Observação participada		x							
Dinamização			x	x	x	X	X	x	
Avaliação inicial/Definição objetivos			x						
Intervenção propriamente dita			x	x	x	X	X	x	
Avaliação Final								x	x

Durante o período anteriormente citado, a intervenção da estagiária centrou-se em quatro grupos no âmbito da AMA, cinco na AM e dois na caminhada, que serão apresentados em seguida.

Grupos de intervenção

Na AMA as sessões foram orientadas pela Dra. Mónica nos casos dos grupos 1, 2, 3, 4 e 6, e pela Dra. Elisabete no caso do grupo 5, com algumas intervenções mais autónomas por parte da estagiária quando para tal era solicitada (tabela 3). O grupo 1, onde estava inserido o estudo de caso, era da responsabilidade da estagiária.

Tabela 3: Descrição dos grupos de participantes na Atividade em Meio Aquático

Grupo	Horário	Participantes
1	2ª Feira 10h15-11h	4 Participantes (3 do género feminino e 1 do género masculino - estudo de caso)
2	3ª Feira 10h15-11h	1 Participante (género masculino); sessão dinamizada pela estagiária quando solicitado
3	3ª Feira 11h-11h45	6 Participantes (2 do género feminino e 4 do género masculino)
4	4ªfeira 10h15-11h	5 Participantes (3 do género feminino, sendo que 2 participam na aula de hidroginástica e 2 do género masculino)
5	6ªfeira 10h15-11h	5 Participantes (2 do género feminino, sendo que 1 participa na aula de hidroginástica, e 3 do género masculino)
6	6ªfeira 10h15-11h	10 Participantes (3 do género feminino e 7 do género masculino)

Nota: Todos os elementos têm DID (etiologia não especificada), havendo um com T 21, e um com comorbilidade com PHDA.

Na AM os grupos foram orientados pela Dra. Mónica nos casos dos grupos 7 e 11, e pela Dra. Elisabete no caso do grupo 10, em conjunto nos grupos 8 e 9, com algumas dinâmizações autónomas por parte da estagiária quando solicitado (tabela 4). A estagiária intervinha, de forma autónoma, com os grupos 9 (estudo de grupo) e 10 (na qual estava inserido o estudo de caso).

Tabela 4: Descrição dos grupos de participantes na Atividade Motora

Grupo	Horário	Participantes
7	2ª Feira, 15h-16h	6 Participantes (2 do género feminino e 4 do género masculino)
8	3ª Feira, 14h-15h	13 Participantes (10 do género feminino e 3 do género masculino)
9	3ª Feira, 15h-16h	10 Participantes (4 do género feminino e 6 do género masculino – estudo de grupo)
10	5ª Feira, 15h-16h	6 Participantes (2 do género feminino e 4 do género masculino – estudo de caso)
11	6ª Feira, 14h-16h	15 Participantes (5 do género feminino e 10 do género masculino)

Nota: Todos os elementos têm DID (etiologia não especificada), havendo cinco com T21, dois com Síndrome de Prader Willi, um com PC e um com comorbilidade com PHDA.

Na caminhada os grupos (tabela 5) foram acompanhados pela técnica responsável, e por vezes com monitores das salas, sendo a estagiária um apoio a esta dinâmica. Estas caminhadas eram realizadas no exterior do centro quando o tempo o permitia e dentro do ginásio quando o mesmo não acontecia.

Tabela 5: Descrição dos grupos de participantes na Caminhada

Grupo	Horário	Participantes
12	2ª Feira, 14h-15h	6 Participantes (1 do gênero feminino e 5 do gênero masculino, com diagnóstico DID)
13	5ª Feira, 14h-15h	6 Participantes (3 do gênero feminino e 3 do gênero masculino, com diagnóstico DID)

Nota: Todos os elementos têm DID (etiologia não especificada).

A intervenção da estagiária

De acordo com a literatura (e.g.: Fonseca, 2010b), a intervenção do psicomotricista deve envolver as seguintes etapas: 1) a avaliação inicial que permite o 2) estabelecimento do perfil individual e 3) a identificação dos objetivos (gerais e específicos) a serem trabalhados, 4) num programa elaborado para o efeito e centrado nas características das pessoas, bem como nos seus interesses e preferências, para que finalmente, 5) se proceda à avaliação final para a monitorização de todo o processo (individual e da intervenção). A intervenção psicomotora com pessoas com DID deve focar-se na funcionalidade e nas habilidades práticas de vida diária, visando a participação na comunidade (Santos, 2017). Baseado em todas estas recomendações, o trabalho da estagiária procurou responder às cinco etapas descritas, incluindo ainda a reflexão sobre a tipologia das sessões, não só na sua organização no geral (e.g.: grupal vs. individual), como também na sua periodicidade, frequência e duração. O estudo de caso, descrito mais à frente, exemplificará todo este conjunto de procedimentos, com maior pormenor.

Os contextos de intervenção abrangidos durante o estágio relativos à prática da intervenção psicomotora na instituição centraram-se no ginásio do CTVAA e na piscina do Complexo Desportivo do Casal Vistoso, com a qual a instituição mantém um protocolo para o efeito. Deste modo, serão apresentados com maior detalhe cada um dos contextos específicos, AM e AMA, que visaram promover a funcionalidade do indivíduo, com vista a maior autonomia nos diversos contextos da sua vida diária.

Intervenção em Atividade Motora (AM)

A intervenção em Atividade Motora abrangeu não só a atividade motora propriamente dita, no ginásio do CTVAA, como também a Caminhada, no exterior da instituição ou no ginásio (consoante as condições climáticas). As sessões de atividade motora envolviam, de forma geral, atividades que apelassem ao desenvolvimento psicomotor na sua generalidade e que tivessem em vista a promoção de competências úteis ao dia-a-dia do indivíduo, com maior enfoque no equilíbrio, noção do corpo e motricidade

global, mas também na compreensão de instruções, capacidade atencional, memória de trabalho, leitura de símbolos, e interação adequada com o outro, reduzindo comportamentos impulsivos. As atividades planeadas visaram quer os objetivos proposta para cada grupo como também os seus gostos pessoais, através de atividades como o “Twist”, que consistia na leitura de um cartão e posterior execução da ação no tapete twist, o “jogo de imitação”, em que cada elemento tinha de imitar um conjunto de movimentos realizados anteriormente pelos colegas ou determinada posição que saísse de um dado que era lançado, o “jogos das cadeiras” com arcos em que algumas cores tinham restrições (não pisar, por exemplo); ou o jogo “associação cor-movimento” em que tinham de executar uma tarefa consoante a cor enunciada/mostrada. As principais estratégias centraram-se na complexificação crescente das atividades, sempre de forma adequada às competências dos indivíduos, e na escolha de atividades que fossem de encontro aos gostos e interesses do grupo. A caminhada tinha como principais objetivos a manutenção das capacidades locomotoras dos participantes, sendo a distância percorrida adequada às capacidades de cada grupo. A AM procurava a promoção de competências psicomotoras, cognitivas e emocionais, para o seu transfer para as tarefas de vida diária, através de atividades de índole principalmente motora.

As sessões de AM, com uma duração de 45min cada, eram constituídas por 3 etapas principais: **Ativação Muscular Geral** (entre 5 e 10min), que se destina ao aquecimento da musculatura geral, que pode envolver outro tipo de competências de carácter mais cognitivo; **Desenvolvimento das Atividades** (entre 30 a 35 min), na qual são realizadas as atividades terapêuticas para atingir os objetivos delineados, e a **Reflexão Final** (entre 5 a 10 min) com o retorno à calma, por vezes mediante atividades de relaxação, e interiorização das atividades e aspetos decorridos ao longo da sessão.

De uma forma geral, os clientes aderiam bem a estas sessões, sendo a sua satisfação visível no sorriso, na vontade em participar e em querer ser parte ativa da sessão, sugerindo por exemplo atividades para a sessão seguinte.

Intervenção em Atividade em Meio Aquático (AMA)

A intervenção em meio aquático realizou-se num espaço exterior à instituição, nomeadamente na piscina do Complexo Desportivo do Casal Vistoso, para a qual os clientes, técnicos e monitores se deslocam em carrinhas da instituição. Neste meio, a intervenção procura uma melhoria da adaptação ao meio, bem como a regulação sensorial, utilizando a água como um meio facilitador do trabalho a nível de competências psicomotoras e cognitivas, envolvendo ainda o controlo de outros fatores específicos do meio aquático (e.g.: respiração e propulsão, entre outros). Ainda neste

contexto, foi concretizado todo um trabalho ao nível da estimulação dos fatores psicomotores, da aprendizagem das competências aquáticas e ao nível das autonomias em atividades da vida diária, como é o caso da higiene pessoal (e.g: banho), vestuário (e.g.: vestir e despir), e responsabilidade com as coisas do próprio, entre outros.

As sessões de Atividade em Meio Aquático seguem uma linha semelhante às de AM, quer a nível da duração (45min) quer a nível da estrutura, sendo também constituídas por três etapas: **Ativação Muscular Geral** envolvendo exercícios de aquecimento (5 a 10min), o **Desenvolvimento das Atividades** propriamente ditas e que visam atingir os objetivos delineados (30 a 35min), e, por último, o **Retorno à Calma/Relaxação** (5 a 10min), sendo estes muito oscilantes devido aos atrasos comuns sentidos a nível da preparação no balneário. Sendo este um meio facilitador em vários parâmetros para grande parte dos indivíduos, de uma forma geral foi notória a satisfação na realização das sessões e das metas alcançadas, sendo visível através do que expressavam verbalmente, do sorriso e da vontade em participar.

Dada a diversidade de contextos e casos com que se teve a oportunidade de intervir, e para uma melhor compreensão da intervenção concretizada pela estagiária, apresentar-se-á, o estudo de caso que servirá também como um exemplo mais pormenorizado da atuação ao longo do ano letivo, e com todos os grupos. O R.C. é um cliente da CERCILisboa que foi escolhido como estudo de caso para o presente trabalho devido à boa relação estabelecida com a estagiária e o interesse desta no processo interventivo do mesmo.

Estudo de caso

A recolha de informação mnésica deu-se por meio de um diálogo com a psicóloga responsável pelo processo do mesmo, onde foram disponibilizadas as informações existentes e consideradas por esta relevantes e que não violassem o acordo de confidencialidade, existente entre a família e a instituição, mas também por meio de diálogo com as técnicas que com ele intervêm desde a sua admissão no centro.

O R.C. nasceu a 07 de Junho de 1996, em contexto hospitalar, de parto distócico por cesariana aos 7 meses de gestação, que decorreu sem intercorrências até à data do parto. Nesta altura da gestação foi detetada uma paragem de crescimento do feto e, consequentemente, a provocação do parto. Aquando do momento do nascimento foi detetada a T21, que se confirmou, posteriormente, por meio de exame genético do Cariótipo. O núcleo familiar é constituído pelo próprio e pelos pais, que na altura do nascimento tinham idades próximas dos trinta anos, sendo o R.C. o primeiro e único

filho do casal. Apesar do agregado familiar ser reduzido, mantém contacto com outros familiares, vizinhos e amigos.

Do ponto de vista clínico, não há conhecimento de doenças familiares, contudo o R.C. tem um histórico de bronquiolites de repetição, uma cirurgia aos adenoides e estigmatismo durante o período da infância, tendo este último sido corrigido ao longo do tempo. Atualmente utiliza óculos devido à falta de vista, apesar de em algumas situações do seu dia-a-dia parecer que este apoio não é suficiente. Para além destes, o R.C. tem também dificuldades a nível da visão, nomeadamente miopia, recorrendo ao uso de óculos. É ainda de salientar a necessidade de medicação direcionada para a alteração dos comportamentos, principalmente do tipo agressivo, para com outros clientes.

Acerca das etapas do desenvolvimento, no processo não constava nenhum dado referente a este aspeto, relativamente ao período anterior à entrada no centro. O seu percurso escolar teve início na altura da pré-escola na APPACDM da Sertã, seguindo-se o ingresso no ensino regular aos 6 anos numa escola em Moscavide, usufruindo de um currículo adaptado e posteriormente do DL 3/2008, aquando da implementação do mesmo. Mais recentemente, a 30 de janeiro de 2015, ingressou na CERCILisboa na vertente de CAO.

Segundo a técnica que acompanhou o R.C. aquando da sua entrada e adaptação ao CAO constataram-se dificuldades a nível da socialização, não dirigindo o olhar ou levantando a cabeça; a nível da comunicação, sendo esta realizada por um discurso maioritariamente monossilábico com pouco sentido, apresentando um vocabulário muito limitado e sendo muito repetitivo relativamente aos conteúdos abordados; em lidar com a frustração, reagindo mal quando contrariado; e a nível psicomotor com a presença de algumas estereotipias e uma postura que refletia pouca segurança gravitacional.

Atualmente, tendo em conta este relato, já houveram alguns progressos no que respeita à socialização, uma vez que procura a comunicação e o contacto com o outro, sendo que nem sempre o faz da forma mais adequada, e a nível da comunicação já evoluiu para um discurso ligeiramente mais elaborado, apesar de ainda repetitivo. As dificuldades a nível psicomotor mantêm-se evidenciando-se também uma postura hipotónica e movimentos pouco coordenados.

É ainda de salientar a inexistência de responsabilidades atribuídas ao R.C. por parte dos progenitores, quer relativo a tarefas domésticas, quer à própria autonomia, sendo alguma parte desse trabalho realizado no CAO, como aspetos relativos à alimentação e ao uso indicado dos vários utensílios.

A avaliação do R.C.

Segundo Fonseca (2010a) a avaliação de um indivíduo, no seguimento de um projeto terapêutico, deve visar não o enaltecimento das suas dificuldades, mas a identificação do seu perfil intra-individual com vista ao objetivo final da modificação psicomotora. Neste sentido, procedeu-se à avaliação das competências do R.C., para possibilitar posteriormente a formulação de objetivos adequados às suas necessidades, tendo os instrumentos utilizados sido escolhidos com base nas informações adquiridas ao longo do estudo mnésico e da observação informal realizada aquando dos primeiros contactos.

Desta forma recorreu-se ao *Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky2 – Forma Reduzida* (TPMBO-2 FR; Bruininsky e Bruininsky, 2005a) com o intuito de obter de uma forma rápida informação acerca dos aspetos motores do indivíduo, dadas as dificuldades observadas a nível da locomoção, movimento e destreza na manipulação de objetos, mas também da postura adotada durante grande parte do seu dia, caracterizando-se como maioritariamente hipotónica e com algumas limitações do ponto de vista articular. Também a *Escala de Comportamento Adaptativo - Versão Portuguesa* (ECAP; Santos e Morato, 2004) foi aplicada com o principal objetivo de traçar o perfil adaptativo do R.C no que toca às suas competências em atividades da vida diária, uma vez que foi observado um desajuste em vários domínios, no que toca às atividades ocupacionais realizadas ao longo do dia no centro, ou das funções desempenhadas fora deste, mas também no contacto social com o outro ou a nível da comunicação. Por último e dado o trabalho realizado na vertente aquática, sentiu-se necessidade de analisar alguns aspetos específicos do comportamento psicomotor do indivíduo neste meio, pelo que se recorreu à *Escala de Avaliação em Meio Aquático*.

Assim sendo, numa parte inicial desta secção serão apresentados de uma forma mais aprofundada os instrumentos utilizados na avaliação do R.C. bem como os relatórios das suas aplicações no momento da avaliação inicial do mesmo.

Instrumentos

Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky2 – Forma Reduzida

O Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky teve origem em 1978 com a necessidade de criação de um instrumento que avaliasse a proficiência motora (Bruininks e Bruininks, 2005a). Esta versão inicial é revista mais tarde pelos mesmos autores segundo algumas diretrizes que visavam a melhoria e a promoção da qualidade

da avaliação do teste, surgindo assim a segunda edição (Bruininks e Bruininks, 2005a). As diretrizes objetivaram o aumento da relevância funcional do conteúdo avaliado, a expansão do foco das competências globais e finas, a melhoria da avaliação direcionada para as idades entre os quatro e cinco anos, a expansão das normas até aos 21 anos, o aperfeiçoamento da apresentação dos itens, e a adequação do equipamento utilizado nos diversos itens (Bruininks e Bruininks, 2005a).

Estes aspetos levaram à necessidade da uma reestruturação do teste: 1) em quatro áreas motoras (controlo manual fino, coordenação manual, coordenação corporal e força e agilidade), nas quais foram distribuídos de forma organizada os itens, que, por sua vez, também sofreram uma reorganização, com a eliminação dos que não apresentavam um carácter relevante e adição de outros que aumentavam a informação pertinente a determinada área; 2; a adição de instruções verbais, e de imagens que servem de exemplo prático às instruções para a aplicação dos itens; e 3) adequação dos materiais às provas a que se destinam (Bruininks e Bruininks, 2005a).

Desta forma o Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oserestsky2 (TPMBO-2) é constituído por 53 itens distribuídos por 8 subtestes que visam a recolha de informação acerca de quatro parâmetros essenciais para a avaliação da Proficiência Motora (PM): o Controlo Manual Fino, a Coordenação Manual, a Coordenação do Corpo, e a Força e Agilidade, estando organizado segundo o cronograma representado na figura 3 (Bruininks e Bruininks, 2005a).

Assim como é representado na figura 3, englobado no Controlo Manual Fino estão os subtestes de *Precisão Motora Fina* e a *Integração Motora Fina*, na qual o primeiro consiste em atividades que requerem um controlo mais preciso dos movimentos a nível do dedo e da mão (desenhar, cortar e dobrar, dentro ou sobre uma linha), sendo avaliado consoante a capacidade de respeitar os limites de forma precisa; e o segundo em atividades que exigem alguma precisão dos segmentos das extremidades superiores (cópia idêntica de imagens com diversas formas e graus de dificuldade), estando a avaliação na capacidade integrar o estímulo visual com o controlo motor (integração visuomotora; Bruininks e Bruininks, 2005a).

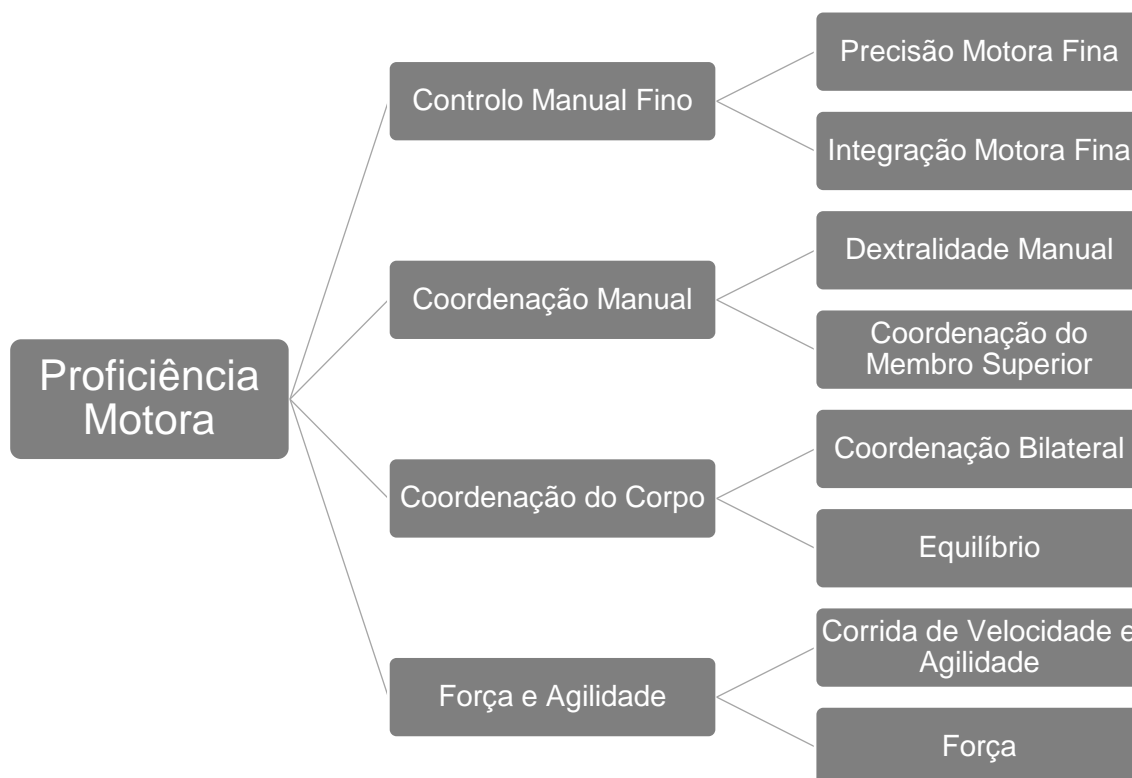


Figura 3: Composição do TPMBO-2 (Bruininks e Bruininks, 2005a)

Por sua vez a Coordenação Motora Fina abrange a *Dextralidade Manual* e a *Coordenação dos Membros Superiores*, onde a primeira se direciona a atividades como atirar, agarrar e outras associadas à coordenação bimanual, onde é dado um maior ênfase à precisão de movimentos repetitivos realizados com rapidez num curto espaço de tempo; e um segundo que requer um rastreamento visual em consonância com movimentos coordenados dos braços e das mãos (e.g.: apanhar, lançar e driblar; Bruininks e Bruininks, 2005a).

A Coordenação do Corpo engloba a *Coordenação Bilateral* e o *Equilíbrio*, onde o primeiro avalia as competências motoras envolvidas em atividades recreativas e certos desportos através da realização de sequências de movimentos que requerem controlo motor e coordenação sequencial e simultânea dos membros superiores e inferiores; e a segunda, competências essenciais para manter uma postura estática, andar ou realizar atividades diárias, como alcançar um objeto (Bruininks e Bruininks, 2005a). No parâmetro Força e Agilidade são abrangidos a *Corrida de Velocidade e Agilidade* e a *Força*, na qual no primeiro se avaliam estas qualidades físicas; e no segundo onde é avaliada a força do tronco e da parte superior e inferior, que se apresenta como essencial para a motricidade global das atividades do dia-a-dia (Bruininks e Bruininks, 2005a,b).

O teste visa ainda alguns princípios de aplicação na qual é explícita a necessidade do esforço em estabelecer e manter uma relação empática com o examinado, potenciando as suas capacidades; a importância de ser objetivo nas cotações dos itens realizados, independentemente do conhecimento prévio acerca das competências do indivíduo; e a de informar/partilhar com os interessados os resultados obtidos bem como a sua interpretação (Bruininks e Bruininks, 2005a). Também diretrizes acerca do espaço físico onde se realizará a prova estão contempladas no teste, referindo a importância deste ser previamente preparado (Bruininks e Bruininks, 2005a). A sala/ginásio deve ser ampla, livre de ruídos e distrações, devendo conter o material necessário para as provas a executar (Bruininks e Bruininks, 2005a,b).

Os mesmos autores desenvolveram uma *Forma Reduzida* do teste, visando facilitar e reduzir o tempo de aplicação, e que respeita a organização da versão completa, sendo constituída apenas por 14 itens (tabela 6) distribuídos pelos 8 subtestes (Bruininks e Bruininks, 2005a,b). Cada item é cotado de acordo com o seu objetivo, podendo variar de 1 a 7 pontos, consoante o número de erros (e.g.; desenho de percursos, dobrar uma folha), ou de 1 a 5 nas tarefas de cópia (quadrado e estrela) de acordo com os respetivos critérios, ou de 0 a 9 pontos nas tarefas de destreza manual e que depende do número de moedas colocadas dentro da caixa (Bruininks e Bruininks, 2005a,b).

Tabela 6: Descrição dos itens de avaliação que constituem o TPMBO-2 FR (Bruininks e Bruininks, 2005b)

Sub-teste	Item	Descrição
Precisão Motora Fina	3- Desenhar linhas através de percursos- labirinto Material: lápis vermelho e folha de prova.	O examinado deve desenhar uma linha dentro dos limites no percurso, desde o carro até à casa, com a mão preferencial, após explicação e exemplificação do examinador. A linha não necessita de ser contínua; prova é cotada consoante o número e dimensão de erros.
	6- Dobrar papel Material: lápis vermelho e folha de prova.	O examinado deve dobrar a folha pelas linhas nesta marcadas à medida que o examinador vai dando a instrução e após este explicar a tarefa e exemplificar na ponta da folha destinada para o efeito. A prova é cotada consoante a precisão das dobras realizadas.
Integração Motora Fina	2- Copiar um quadrado	O examinado deve reproduzir a forma apresentada (quadrado e estrela) o mais igual possível, após a explicação do examinador. As provas são cotadas consoante cinco critérios: forma básica, fecho, bordas, orientação e dimensão global.
	7- Copiar uma estrela Material: lápis vermelho e folha de prova.	
Dextralidade de Manual	2- Transferir moedas Material: caixa, moedas, tapete de moedas e cronómetro.	O examinado deve colocar as moedas uma de cada vez dentro da caixa o mais depressa possível, com a mão dominante, durante 15s, após explicação e exemplificação do examinador. A prova é cotada consoante o número de moedas dentro da caixa após o tempo acabar, havendo a possibilidade de repetição.
Coordenação Bilateral	3- Saltar no mesmo sítio- ambos os lados alternadamente	O examinado deve executar 5 saltos seguidos, alternando a posição dos braços e pernas após a explicação do examinador; o braço/perna preferencial começam posicionados à frente do corpo. A prova é cotada consoante o número de execuções corretas realizadas na prova, havendo a possibilidade de repetição.
	6- Bater os pés e os dedos- ambos os lados alternadamente	O examinado deve realizar o movimento de bater com os dedos indicadores e com os pés do mesmo lado sincronizadamente, alternando a cada batida, após a explicação do examinador. A prova é cotada consoante o número de realizações corretas e contínuas, havendo a possibilidade de repetir a execução.

Tabela 6 (cont): Descrição dos itens de avaliação que constituem o TPMBO-2 FR (Bruininks e Bruininks, 2005b)

Equilíbrio	2- Andar sobre uma linha	O examinado deve realizar 6 passos consecutivos sobre a linha, com os pés paralelos e afastados e as mãos na cintura, após a explicação do examinador. A prova é cotada consoante o número de passos dados corretamente, havendo a possibilidade de repetir a execução.
	7- Manter-se em apoio unipodal sobre uma trave- olhos abertos Material: alvo, cronómetro e trave de equilíbrio.	O examinado deve manter-se em pé coxinho, com o pé preferencial em cima da trave, as mãos na cintura e a olhar para o alvo, durante 10 segundos, após a explicação do examinador. A prova é cotada consoante o tempo mantido na posição, havendo a possibilidade de repetir a execução.
Corrida de Velocidade e Agilidade	3- Saltar em apoio unipodal no mesmo sítio Material: cronómetro.	O examinado deve executar o maior número de saltos em apoio preferencial unipodal, no mesmo lugar e com as mãos na cintura, durante 15s, após a explicação do examinador. A prova é cotada consoante o número de execuções corretas no tempo definido, havendo a possibilidade de repetir a execução.
Coordenação do Membro Superior	1- Largar e apanhar a bola- duas mãos Material: cronómetro	O examinado deve executar até 5 batimentos com a bola no chão agarrando-a a seguir a cada batida, utilizando as duas mãos e tendo os braços estendidos à frente, podendo mover-se para a apanhar. A prova é cotada consoante o número de batimentos realizados, não necessitando de ser consecutivos.
	6- Driblar uma bola- alternando as mãos	O examinado deve realizar até 10 dribles alternando as mãos a cada batimento, começando com a mão preferencial. A prova é cotada consoante o número de dribles corretos executados, havendo possibilidade de repetir a execução.
Força	2a- Flexões de braços- Pernas em flexão 2b- Flexões de braços- pernas em extensão Material: cronometro, tapete para os joelhos (pernas em flexão)	O examinado deve executar o máximo de flexões (com as pernas em flexão ou em extensão), com os ombros alinhado com as mãos, os braços a realizarem um angulo de pelo menos 90° a cada flexão e as costas e o pescoço direitos olhando para o chão, durante 30 segundos. A prova é cotada consoante o número de execuções corretas no espaço de tempo definido.
	3- Abdominais Material: cronometro	O examinado deve executar o máximo de abdominais, deitado no chão com os braços estendidos ao longo do corpo e as palmas das mãos viradas para baixo, os joelhos dobrados a 90° com os pés no chão, elevando a cabeça, costas e omoplatas em direção aos joelhos, voltando posteriormente à posição inicial, durante 30 segundos. A prova é cotada consoante o número de execuções realizadas durante o período de tempo definido.

A cotação dos saltos a pés juntos e em apoio unipodal varia entre 0 e 3 pontos e 0 e 10 pontos, respetivamente, e a pontuação dos batimentos pés e dedos e do equilíbrio estático e dinâmico entre os 0 e os 4 pontos. As tarefas que implicam a manipulação de objetivos são cotadas de acordo com o número de tentativas sucedidas, bem como as tarefas de força que variam consoante o número de flexões e abdominais realizados durante 30s (Bruininks e Bruininks, 2005a,b).

A validade de conteúdo foi confirmada por peritagem, tendo sido retirados todos os itens considerados irrelevantes (Bruininks e Bruininks, 2005a), e os valores de consistência interna ($.80 < \alpha < .90$) e da estabilidade temporal ($r > .80$) confirmaram a sua fiabilidade (Bruininks e Bruininks, 2005a; Wuang, Lin e Su, 2009). A diferenciação entre grupos distintos (com e sem perturbações do desenvolvimento) foi também provada, bem como a validade de critério (Bruininks e Bruininks, 2005a). Não foram identificadas diferenças no funcionamento dos itens para as diferentes idades ou género, pelo que a sua cotação e execução são idênticas (Wuang et al., 2009).

Escala de Comportamento Adaptativo- Versão Portuguesa

A Escala de Comportamento Adaptativo foi desenvolvida por Lambert e colaboradores numa primeira versão em 1975, sofrendo mais tarde em 1987 e 1993 algumas revisões da responsabilidade da mesma autoria (Lambert et al., 1993). A escala apresenta como objetivo principal a recolha de informação pertinente acerca de um vasto conjunto de áreas que estão implicadas no dia-a-dia do indivíduo, permitindo a deteção de áreas fortes e a melhorar, a identificação das dificuldades do CA, a monitorização do progresso individual e a avaliação do CA da população para fins de investigação, apresentando também um papel importante na elaboração do plano individual de trabalho, educação ou habilitação de várias problemáticas e faixas etárias (Lambert et al., 1993).

Mais tarde com o propósito de obter um instrumento adaptado à realidade Portuguesa, surge pelas mãos de Santos e Morato (2004) a construção e validação da versão portuguesa (ECAP), que apesar das adaptações realizadas com esse propósito manteve a estrutura original da escala (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012e; Santos e Morato, 2012g; 2012h; Santos, Morato e Luckasson, 2014), para avaliar indivíduos com DID institucionalizados e indivíduos sem DID, entre os 6 e os 60 anos (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012e; Santos e Morato, 2012g, 2012h; Santos et al., 2014). Este trabalho visou também a colaboração de técnicos e peritos que trabalhavam diretamente com esta para propósitos de validação do conteúdo (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012e; Santos e Morato, 2012g, 2012h; Santos et al., 2014).

A estrutura da escala assenta em duas partes, estando a primeira relacionada com competências de independência pessoal, no âmbito da autonomia e responsabilidade do dia-a-dia, e a segunda direcionada à avaliação dos comportamentos desviantes, relativos à manifestação de problemas de personalidade e comportamentais (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012e; Santos e Morato, 2012g, 2012h; Santos et al., 2014). Assim, a parte I é constituída por um conjunto de afirmações referentes a comportamentos e atitudes comuns com o qual o indivíduo é confrontado ao longo do seu dia-a-dia, através de respostas de complexidade crescente e dicotómicas (Sim/Não; Santos e Morato, 2004), e que se encontram organizadas em dez domínios (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012e; Santos e Morato, 2012g, 2012h; Santos, et al., 2014):

a. *Autonomia* englobando alimentação, utilização da casa de banho e cuidados de higiene, aspetos da aparência geral, cuidados com o vestuário, vestir e despir, e utilização de serviços públicos (como transportes e bancos);

- b. *Desenvolvimento Físico* para a avaliação das capacidades sensoriomotoras;
- c. *Atividade Económica* focada nas competências relacionadas com a compreensão e utilização de dinheiro;
- d. *Desenvolvimento da Linguagem* na qual são avaliadas competências recetivas e expressivas, bem como a sua vertente social;
- e. *Números e Tempo* considerando as competências matemáticas básicas necessárias à vida quotidiana, mas também o potencial de aprendizagem inerente a este tipo de atividades, uma vez que resultam inevitavelmente de um processo de ensino;
- f. *Atividades Domésticas* relacionadas com a manutenção do espaço casa, nomeadamente a nível da sua limpeza, e de tarefas no espaço cozinha;
- g. *Atividade Pré-profissional* que visa a análise de competências como pontualidade, assiduidade e responsabilidade;
- h. *Personalidade* que se refere à atitude mostrada pelo indivíduo, (i.e.: iniciativa e perseverança);
- i. *Responsabilidade* avaliando o grau de responsabilidade do indivíduo relativamente aos seus pertences e aos dos outros, bem como o cumprimento pelas atividades atribuídas; e
- j. *Socialização* para a obtenção de informação relativa aos aspetos sociais e comportamentos adotados aquando da interação com os outros.

Por sua vez a parte II refere-se aos comportamentos adotados pelo indivíduo podendo ou não estes serem visíveis/exibidos, através de respostas dadas pela frequência do mesmo (Nunca/Frequentemente/Ocasionalmente; Santos e Morato, 2004), organizando-se em oito domínios (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012e; Santos e Morato, 2012g, 2012h; Santos et al., 2014):

- a. *Comportamento Social* que se destina à análise de comportamentos pessoais que possam ser considerados abusivos para com o outro;
- b. *Conformidade* onde são averiguadas questões relacionadas com o possível desajuste das atitudes do indivíduo perante regras sociais impostas pelo meio onde está inserido;
- c. *Não Merecedor de Confiança* que se destina à avaliação de comportamentos como mentir, enganar, roubar e desrespeitar a propriedade pública e privada;
- d. *Comportamento Estereotipado e Hiperativo* na qual são tidos em conta comportamentos que perturbam os outros ou são desconcertantes;
- e. *Comportamento Sexual* onde são englobados comportamentos como a masturbação em qualquer local, exposição do corpo, entre outras;

- f. *Comportamento Auto-Abusivo* que abrange os comportamentos que causem danos no próprio e que sejam considerados pouco comuns;
- g. *Ajustamento Social* relacionado com o desenquadramento da realidade social, aquando de comportamentos com intensidade e frequência elevadas; e
- h. *Comportamento Interpessoal*, na qual se expõem comportamentos que causem incómodos a terceiros ou mesmo ao próprio.

Esta conta ainda com a existência de 5 fatores que têm por base os domínios acima citados (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012e; Santos e Morato, 2012g; Santos e Morato, 2012h; Santos et al., 2014): *Autossuficiência Pessoal* que permite a avaliação do desempenho individual em tarefas domésticas ou na comunidade; *Autossuficiência na Comunidade* que se foca na capacidade de interação como os pares e utilização de recursos de comunicação; *Responsabilidade Pessoal e Social* focada na participação responsável do indivíduo na sociedade; *Ajustamento Social* onde é visada a obtenção de informação acerca dos comportamentos de índole agressiva e antissocial, e o desajuste dos relacionamentos interpessoais; e *Ajustamento Pessoal* na análise dos comportamentos desviantes (e.g.: estereotipados ou auto abusivo, entre outros).

É ainda importante salientar a existência de alguns procedimentos de aplicação fundamentais ao preenchimento da escala, nomeadamente a priorização da aplicação por meio de uma observação direta desprovida de juízos de valor e com base na realidade vivida pelo indivíduo, sendo que quando o mesmo não é possível, esta deve ser preenchida por terceiros que melhor conheçam o avaliado, mas também o domínio dos conhecimentos quer teóricos, quer práticos da escala por parte do examinador (Santos e Morato, 2012e).

A ECAP foi validada a nível nacional (Santos et al., 2014) ao nível do seu conteúdo, com um acordo por parte dos peritos na relevância dos itens, e constructo através da análise das relações entre domínios que se mostraram moderadas a fortes entre os domínios da parte I e fracas a moderadas nos domínios da parte II, e da análise fatorial exploratória que aponta para a multidimensionalidade do constructo e inserido no modelo de três fatores (Santos et al., 2014; Tassé et al., 2012). Ao nível da fiabilidade os valores de alpha de Cronbach foram superiores a .79 (domínio Comportamento Auto-Abusivo) e a estabilidade temporal, analisada pelos valores de correlação de Pearson variaram entre .40 e .80 na primeira parte da escala (Santos et al., 2014). Além disso os autores reportam que a ECAP consegue diferenciar pessoas com DID dos seus pares típicos.

Escala de Avaliação em Meio Aquático

No decorrer da dificuldade encontrada no que respeita à obtenção de um instrumento válido para avaliar as competências dos indivíduos no meio aquático, optou-se pela utilização da Escala de Avaliação em Meio Aquático, disponível aos técnicos da CERCi que serve de guia, interno, para a intervenção neste contexto. Esta escala destina-se à avaliação de competências específicas em meio aquático, nomeadamente de cinco fatores:

- *Entradas na água*, que é composto por 2 itens na qual as alíneas respeitam a progressão do exercício, em que o primeiro é relativo à capacidade de entrada na água bem como o tipo de apoio necessário, tendo como alínea mais baixa a entrada realizada na posição de lado deitado paralelamente à berma da piscina e virado para o terapeuta que está dentro de água, realizando a entrada por rotação mediatizada; e como alínea mais elevada a entrada pelas escada de acesso, de costas, utilizando os dois corrimões; já o segundo item refere-se à capacidade demonstrada relativamente aos saltos de fora de água, com o nível mais baixo a não realizar e o nível mais alto a realizar a entrada de cabeça, partindo de um plano elevado;
- *Saídas da água* na qual também é respeitada uma relação de progressão entre as alíneas que variam entre a saída pela berma com apoio ou transporte do terapeuta, e a saída autónoma pelas escadas com utilização dos corrimões;
- *Adaptação ao meio aquático* que conta com três itens, um primeiro referente ao conforto e bem-estar na água, assinalando-se se apresenta ou não um conjunto de comportamentos que mostram desajuste ao meio (e.g.: desconforto, resistência ou medo); um segundo que se destina ao equilíbrio neste meio em que a cotação envolve o segurar-se à berma da piscina com observação de constrições tónicas acentuadas, receio, insegurança ou outras reações negativas, e conseguir manter o equilíbrio durante uma técnica propulsiva; e um terceiro relativo à imersão, também com resposta progressiva, que varia entre não consegue realizar a imersão de forma alguma, e consegue imergir tocando no fundo da piscina;
- *Controlo respiratório* incluindo um item relativo à inspiração, expiração e apneia, onde as competências variam desde não ter competências até conseguir manter o ritmo respiratório de acordo com a técnica propulsiva utilizada; os itens referentes à fadigabilidade e níveis de fadiga que dificultam a tarefa, associada à instabilidade respiratória após imersão facial e dificuldades em estabilizar a respiração após uma apneia são quantificados pela sua frequência em nunca, ocasionalmente e frequentemente; e um último item destinado à propulsão onde a progressão de

competências varia entre apresenta movimentos segmentares curtos, quase nulos, dificultando a propulsão, e nada uma técnica propulsiva; e

- *Estilos de natação* referente às diversas competências necessárias às várias técnicas de nado, Crawl, Costas, Bruços e Mariposa, como o movimento de braços de pernas ou a coordenação de movimentos, sendo estes cotadas com realiza ou não realiza.

A cotação dos itens é feita por meio de respostas dicotômicas Sim/Não, de acordo com a sua frequência (N-nunca, O-ocasionalmente ou F-frequentemente) ou de complexidade crescente, devendo assinalar-se o valor mais elevado correspondente ao desempenho da pessoa.

Procedimentos

Após a escolha do estudo de caso, que se deu principalmente por meio do interesse despoletado pelas características específicas do R.C. e da sua boa relação estabelecida com a estagiária, foi necessário obter o consentimento da família, e do próprio, para a sua participação, tendo sido elaborado, para o efeito, o consentimento informado dirigido pela instituição aos pais do indivíduo. Este documento elucidava os objetivos, etapas e instrumentos a aplicar, garantindo-se a participação voluntária e que a qualquer momento poderiam desistir, bem como a confidencialidade e o anonimato dos dados, para uma decisão informada. Depois de recolhidos os documentos assinados deu-se início ao processo de intervenção com o R.C.

Tal como referido anteriormente, e na lógica dos cinco passos recomendados por Fonseca (2010a), a intervenção psicomotora da estagiária iniciou-se com a avaliação inicial, para em seguida se proceder ao planeamento de um programa psicomotor e, finalmente, na última semana de estágio, se proceder à avaliação final, com o recurso aos mesmos instrumentos, tentando perceber qual o efeito da intervenção, monitorizando não só a eventual evolução do caso, como também a reflexão da estagiária sobre todo o processo.

Neste sentido, as duas aplicações (inicial e final) dos instrumentos decorreram da seguinte forma: o TPMBO-2 FR foi aplicado nos dias 15 de dezembro de 2017 e 24 maio de 2018, no ginásio do CTVA; a ECAP, sob a forma de entrevista à técnica responsável da sala onde o R.C. foi concretizada nos dias 11 de dezembro 2017 e 30 de maio de 2018; e a escala de avaliação em meio aquático na sessão do dia 19 de fevereiro de 2018.

Da Avaliação inicial...

Antes da descrição dos passos inerentes ao programa, e para uma melhor compreensão do mesmo, será feita uma breve descrição dos resultados encontrados, no primeiro momento de avaliação, para uma melhor compreensão do programa implementado. Ao longo da aplicação do TPMBO-2 FR, o R.C. demonstrou-se cooperativo e comunicativo, mostrando algumas dificuldades na compreensão das instruções e no desempenho motor apresentando uma lentificação psicomotora generalizada e uma postura pouco funcional e hipotónica que lhe é característica.

No subteste *Precisão Motora Fina*, evidenciou-se alguma distração e um reduzido controlo dos movimentos do pulso, com uma pega no lápis pouco funcional e um traço pouco perceptível nos itens de desenho, com dificuldades evidentes em perceber como se dobra uma folha. No subteste *Integração Motora Fina* a dificuldade no controlo do pulso e na perceção da imagem, com a consequente cópia limitada do *quadrado e da estrela*, voltou a ser anotada. No subteste *Destreza Manual* o R.C. *transferiu as moedas* com a mão direita, evidenciando algumas dificuldades na pega em pinça e na destreza dos dedos, realizando movimentos descoordenados e pouco precisos (e.g.: deixou cair 2 moedas), apesar do esforço que dedicou à tarefa. Na *Coordenação Bilateral*, no *salto alternando os lados* revelou alguma dificuldade na sincronização dos membros com o tronco inclinado para a frente, sendo necessário ajuda física. Esta situação volta a acontecer no *bater os pés/dedos-ambos os lados alternadamente*, sendo a continuidade do movimento pouco consistente. No item *andar sobre uma linha* do subteste *Equilíbrio*, foi evidente alguma instabilidade, com desequilíbrios e uma postura defensiva e encurvada, com necessidade constante de aumentar a base de sustentação, o que o levava a colocar o pé fora da linha, mantendo-se as mesmas dificuldades no *apoio unipodal na trave*. No subteste *Corrida de Velocidade e Agilidade*, o *salto unipodal* revelou maior facilidade, quando comparado com o anterior, apesar da postura e das limitações nos membros inferiores terem influenciado este resultado. Na *Coordenação dos Membros Superiores*, o R.C. apresentou dificuldades em *largar/apanhar a bola* e no *drible*, no subteste *Força*, o R.C. fez 10 *flexões de pernas* seguidas, com uma postura correta, até que se recusou a continuar devido à fadiga, tendo demonstrado algumas dificuldades em perceber o movimento dos *abdominais*.

No âmbito da avaliação adaptativa, e na *Autonomia* os resultados iniciais do R.C. mostram a inexistência de dificuldade ao nível da alimentação, apesar de ainda ser necessário o corte prévio de carnes mais secas, necessitando das duas mãos para beber água, não tendo autonomia para comer/encomendar comida em locais públicos. O R.C. apresenta alguns episódios de enurese noturna, mas tem autonomia na casa de

banho, sem dificuldades ao nível da higiene pessoal, apesar de necessitar de ajudas verbais e gestuais no banho e de supervisão na lavagem dos dentes. O R.C. evidencia algumas dificuldades na postura - ombros pendidos para a frente, costas arqueadas e marcha com pés muito afastados, e no vestuário tem dificuldade na combinação das cores, em distinguir sapatos e roupas para diferentes ocasiões, sendo que é dependente de terceiros nos *cuidados com o vestuário*. No entanto, veste-se e despe-se sozinho, apenas com reforço verbal, mas não consegue apertar os atacadores. Na *deslocação* observaram-se dificuldades em todos os parâmetros, quer no sentido de orientação, quer na utilização dos transportes ou da mobilidade na comunidade e segurança na rua/recinto escolar. Ainda em carros particulares com segurança. Finalmente, não utiliza o telefone, nem os serviços públicos da comunidade, apesar de regular o apetite e identificar o nome.

Do ponto de vista *psicomotor* foram nomeadas dificuldades a nível da destreza e agilidade dos segmentos corporais, equilíbrio estático, coordenação intersegmentar e regulação dos estados tónicos. O R.C. marcha, permanece cerca de dois segundos em apoio unipodal, com um perfil maioritariamente hipotónico e aponta com exatidão todas as partes do corpo, apesar de não ter uma lateralidade bem definida, com dificuldades a nível do desenho e corte com tesoura. Não foram encontradas dificuldades auditivas e apesar de usar óculos denota algumas dificuldades visuais.

O R.C. não *manuseia/planeia a utilização do dinheiro* apesar de ir às compras quando solicitado, recorrendo a uma lista, tendo sido, também, identificadas dificuldades na integração de conceitos (e.g.: número, tempo, formas e cores) e na capacidade atencional. O R.C. é capaz de nomear pessoas ou objetos na descrição de imagens sem utilizar o verbo, comunicando através de frases primitivas com discurso apressado, interrupções irregulares, sendo difícil a sua compreensão, mas respondendo a questões simples e diretas. O R.C. não escreve e as dificuldades na *linguagem* centram-se na construção de frases perceptíveis para expressar o que quer transmitir e na compreensão de instruções complexas. O R.C. tende a não interagir com os outros, apenas cumprimentando de forma adequada ou respondendo quando abordado.

A maioria das competências inerentes à Atividade Doméstica não são realizadas pelo R.C. apesar do esforço para limpar o próprio espaço e de pôr a mesa, contudo nem sempre coloca os utensílios nos locais corretos. Ao nível da Atividade Pré-Profissional o R.C. é pontual (apesar de não perceber o conceito) e assíduo, possivelmente por serem atividades que estão ao encargo dos familiares, acata as solicitações de terceiros apesar de não executar qualquer tipo de trabalho, e não demonstra capacidade de organização o que associada a movimentos pouco funcionais conduz a uma menor

produtividade. Apenas participa nas tarefas quando solicitado, revelando pouca iniciativa, ambição e interesse, bem como revela algumas dificuldades na manutenção da atenção nas tarefas. Nos seus tempos livres participa em atividades de recreação de um nível simples. O R.C. apesar de não tomar conta dos seus pertences, ter dificuldade em manter o autocontrolo e em aceitar/procurar ajuda, participa a existência de problemas e assume as responsabilidades das suas ações. O R.C. ajuda os outros quando solicitado, tem mas não revela consideração pelos outros e apesar de ter consciência dos outros não tem informações sobre os mesmos. A interação com o outro é reduzida e feita por meio da imitação, sendo a participação em atividades de grupo apenas possível quando é muito encorajada.

Ao nível dos domínios da parte II da ECAP, e no que toca ao *comportamento social* o R.C: parece não revelar desajustamentos, apesar de ocasionalmente recorrer a gestos ameaçadores, arrelhar/retirar objetos das mãos dos outros, gozando com os colegas frequentemente. Também foi observada baixa tolerância à frustração, afastando-se ou amuando e aborrecendo-se quando contrariado. No que toca à *conformidade* não se constatarem atitudes insolentes ou rebeldes face à autoridade, nem comportamentos desadequados em grupo. Por vezes tem de ser forçado a dirigir-se a filas de espera e recusa a participação em atividades obrigatórias ficando aborrecido ou fingindo não ouvir. Ocasionalmente, tenta fugir dos locais ou de atividades de grupo. No domínio *merecedor de confiança*, não foram encontrados comportamentos desadequados.

No domínio do *comportamento estereotipado e hiperativo*, o R.C. apresenta frequentes movimentos constantes das mãos, bate-se, coça-se e esfrega-se continuamente, olhando com uma frequência ocasional fixamente para uma parte do corpo. Por vezes beija, abraça, aperta e toca de forma inapropriada nos outros, com algumas repetições contínuas de palavras/frases e imitações do discurso do outro, falando em voz baixa consigo mesmo com uma frequência maior. Ao nível do *comportamento sexual* é apenas de se salientarem ocasionais acontecimentos de masturbação inapropriada realizada em frente a qualquer pessoa. Ao nível *auto abusivo* foram identificados episódios ocasionais de autoagressão, alguns medos em subir e descer as escadas, não aceitando por vezes ser tocado, revelando alguma preocupação excessiva com o local onde se senta ou dorme. De uma forma geral, o R.C. fica aborrecido quando é criticado, é desconfiado com os outros, aparenta alguma insegurança e medo nas atividades da dia-a-dia e fala de medos não reais causados por pessoas ou objetos.

Finalmente, e na avaliação em meio aquático o R.C. entra/sai pelas escadas de acesso autonomamente, com recurso ao corrimão, não realizando saltos para água,

devido ao aparente receio (recusa) em executar esse tipo de tarefas. Na *adaptação ao meio aquático*, o R.C. executou a imersão total da face e da cabeça sem sinais de desconforto, mas fechou os olhos com força e realizou apneia aquando da imersão, com alguma resistência à flutuação dorsal sem apoio do técnico, tendo aceite as atividades propostas apesar da postura defensiva e da necessidade de apoio físico. A postura caracterizou-se por ser hipertónica, revelando uma procura constante de apoios fixos na deslocação, cautelosa e insegura, mas sem sinais de angústia ou apreensão. O R.C. evidenciou um bom nível de equilíbrio na posição vertical apesar de na posição horizontal dorsal ser apenas possível por meio de apoio físico.

No *controlo respiratório* foi evidente a capacidade realizar respiração bucal com a face imersa, apesar de apenas quando solicitado e com uma intensidade reduzida, com baixo índice de fadiga, sendo capaz de realizar a imersão completa com apoio físico. Na técnica de *crawl* o R.C. apenas realiza a submersão do rosto e expiração bucal simultânea quando incitado, sendo o batimento de pernas e o movimento de braços muito rudimentar e com necessidade de alguma manipulação por parte da técnica. Esta situação não acontece no estilo das costas, sendo necessário apoio da psicomotricista, apesar do batimento de pernas apenas necessitar de apoio verbal. As técnicas de bruços e mariposa não são trabalhadas em sessão.

... para o programa psicomotor....

Desta forma, foi estabelecido o perfil individual do R.C. com a identificação dos objetivos gerais e específicos a estimular (tabela 7). É de se realçar que o programa psicomotor construído e implementado com o R.C. baseou-se, não apenas nas suas características (i.e.: necessidades e capacidades) mas também nos seus interesses, preferências e motivação, tendo sido revisto de acordo com as observações realizadas (e registadas) diariamente. Ainda neste âmbito há que realçar que se procedeu à priorização das competências a fomentar, que se pretendia que tivessem impacto na vida diária do R.C. e que se enquadrassem na conceitualização da intervenção psicomotora na instituição, pelo que áreas como a atividade doméstica e/ou económica não foram trabalhadas, sendo estas da responsabilidade de outras salas e serviços. Os resultados da avaliação inicial demonstraram que o R.C. apresenta dificuldades a nível psicomotor, social, cognitivo e da linguagem pelo que a intervenção incidiu maioritariamente nestes 4 domínios.

Formulação de objetivos terapêuticos

Tabela 7: Objetivos Gerais para o R.C.

Domínio	Objetivo Geral	Objetivo Específico
Psicomotor	Desenvolver a Tonicidade	Melhorar a regulação dos diferentes estados tónicos Aumentar a adequação do estado tónico de determinado segmento à atividade em questão
	Desenvolver o equilíbrio estático	Aumentar a capacidade de regulação dos estados tónicos consoante as informações vestibulares Trabalhar uma postura correta e menos propensa a desequilíbrios
	Desenvolver a praxia global	Melhorar a coordenação entre os diferentes segmentos corporais Melhorar a destreza e agilidade dos movimentos realizados pelos diferentes segmentos corporais
Socio-emocional	Melhorar as relações interpessoais	Melhorar a qualidade da interação espontânea com os pares Desenvolver uma postura ativa e provida de iniciativa ao longo das diversas atividades realizadas na sessão Melhorar a capacidade de cooperação com o outro
Cognitivo	Melhorar a capacidade atencional	Aumentar a capacidade e a qualidade de atenção sustentada na tarefa
	Desenvolver a integração de conceitos	Aumentar a aquisição de vocabulário de modo a conseguir realizar diálogos simples Aumentar a noção de conceitos temporais e quantitativos Adequar a utilização dos diversos conceitos às diversas situações
Linguagem	Desenvolver a linguagem verbal	Melhorar a qualidade do diálogo estabelecido com o outro
	Desenvolver a linguagem expressiva	Melhorar a capacidade de construção de frases simples que expressem as suas ideias
	Desenvolver a linguagem recetiva	Melhorar a capacidade de compreensão de instruções complexas

Todos os objetivos foram definidos atendendo ao seu impacto diário, ao plano de vida construído para o R.C. na instituição, bem como de acordo com as prioridades e expectativas do próprio e da família. Para a concretização sucedida dos objetivos estipulados, foi então planificado um programa psicomotor que foi discutido em equipa e que sempre que se revelou necessário foi adaptado, alterado ou complexificado consoante as observações qualitativas registadas em todas as sessões.

As sessões-tipo foram estruturadas de acordo com algumas rotinas já interiorizadas pelo R.C., mantendo, de uma forma geral, uma estrutura fixa e constituída por 3 partes: a **ativação geral** (5 min) onde as atividades procuravam a ativação muscular e a preparação para a sessão, procurando-se motivar o R.C.; o **corpo da sessão** (35 min) com um conjunto de tarefas diversificadas e lúdicas, onde se pretendia o desenvolvimento dos fatores psicomotores, competências cognitivas variando desde tarefas de papel e mesa até circuitos e jogos; e, finalmente, o momento do **retorno à**

calma e reflexão final (5min) onde se solicitava ao R.C que recordasse as tarefas realizadas na sessão, ao mesmo tempo que refletia sobre as vivências proporcionadas. As tabelas 8 a 10 pretendem exemplificar algumas das sessões concretizadas procurando esclarecer o tipo de trabalho realizado.

Tabela 8: Exemplo de uma sessão inicial do mês de janeiro

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividade	Materiais	Tempo	Critério de êxito	Estratégias
Caminhada						
Trabalhar o sistema músculo-esquelético e cardiorrespiratório.	Ativação da musculatura geral.	Caminhar no ginásio com intensidade média.		5 min	Executar a caminhada à volta das referências com o mínimo apoio verbal.	Instrução verbal; Feedback.
Jogo da Imitação						
Desenvolver competências cognitivas.	Aumentar a qualidade de processos criativos e de iniciativa.	Cada elemento, em roda, realiza um movimento e os outros imitam. Variante: “só com as pernas”, “só com os braços”,...		15 min	Realizar um movimento ainda não realizado com o mínimo de apoio verbal; Imitar o movimento realizado pelo outro.	Instrução verbal; Demonstração; Feedback; Reforço positivo.
Gincana						
Trabalhar o equilíbrio dinâmico, e a coordenação entre os segmentos.	Aumentar a coordenação, a motricidade global e o equilíbrio.	À vez, devem executar o percurso (2-3 estações de acordo com instruções dadas no início. (e.g.: 1.rebolar no colchão; 2.andar por cima do banco; 3. Saltar de pés juntos pelos arcos)	Colchão Banco Arcos Bolas	20 min	Realizar as atividades destinadas a cada estação com o mínimo apoio verbal e físico; Compreender a instrução dada e demonstrada.	Instrução verbal; Demonstração; Apoio físico; Feedback; Reforço positivo.
Desenvolver competências cognitivas.	Melhorar a memória de trabalho e a capacidade de compreender instruções.					
Reflexão Final: Auto e Heteroavaliação						
Desenvolver a capacidade de autorreflexão.	Melhorar a memória de trabalho, comunicação com o outro e reflexão.	Nomear o que foi realizado na sessão pela ordem correta das atividades bem como a sua prestação.		5min	Identificar as atividades realizadas com conversa guiada.	Conversa guiada; Reforço positivo.
Planeamento da próxima sessão: Continuação do planeamento anterior.						

Tabela 9: Exemplo de uma sessão intermédia do mês de março

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividade	Materiais	Tempo	Critério de êxito	Estratégias
Caminhada						
Trabalhar os sistemas músculo-esquelético e cardiorrespiratório.	Ativação da musculatura geral.	Caminhar pelo ginásio com uma intensidade média.	Referências visuais	5 min	Realizar a caminhada contornando as referências.	Instrução verbal; Feedback.
Jogo do Mata						
Trabalhar a tonicidade e a motricidade global.	Aumentar o controlo dos estados tónicos tendo em conta a necessidade sentida no meio; Melhorar a coordenação oculo-manual.	Dispersos pelo ginásio, o elemento com a bola deve tentar acertar num colega de forma a eliminá-lo do jogo. Qualquer elemento do grupo pode apanhar a bola e “atirá-la” aos colegas desde que a bola esteja no chão. Quando a bola tocar num elemento, este perde e senta-se.	Bola	20 min	Compreender as diferentes posições do jogo e o que fazer em cada uma delas; Executar a atividade com o mínimo de apoio verbal e físico.	Instrução verbal; Demonstração; Apoio físico; Feedback; Reforço positivo.
Desenvolver competências cognitivas.	Melhorar a capacidade compreensão de instruções; Aumentar o foco no objetivo final.					
Jogo da Imitação						
Trabalhar a tonicidade, a noção corporal e a motricidade global.	Aumentar a adequação dos estados tónicos; o sentido sinestésico do próprio corpo, a imitação de gestos; e a coordenação intersegmentar.	Em roda, cada elemento faz um movimento e os outros imitam. Antes de um elemento realizar o seu movimento, devem ser realizados todos os movimentos realizados anteriormente pelos colegas pela ordem correta. Variante: o elemento imita um animal ou profissão e o resto do grupo adivinha.		10 min	Realizar um movimento ainda não realizado com o mínimo de apoio verbal; Imitar o movimento realizado pelo outro.	Instrução verbal; Demonstração; Feedback; Reforço positivo.
Desenvolver competências cognitivas.	Aumentar a qualidade de processos criativos e de iniciativa; Melhorar competências relativas à memória.					
Reflexão Final: Auto e Heteroavaliação						
Desenvolver a capacidade de autorreflexão	Melhorar a memória de trabalho, a comunicação com o outro e a reflexão.	Nomear o que foi realizado na sessão pela ordem correta, bem como a sua prestação e o que mais gostaram.		5 min	Identificar as atividades realizadas com conversa guiada.	Conversa guiada; Reforço positivo.

Tabela 10: Exemplo de uma sessão final do mês de Maio

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividade	Materiais	Tempo	Critério de êxito	Estratégias
Caminhada						
Trabalhar os sistemas músculo-esquelético e cardiorrespiratório.	Ativação da musculatura geral.	Caminhar pelo ginásio com uma intensidade média.	Referências visuais	5 min	Realizar a caminhada contornando as referências.	Instrução verbal; Feedback.
Jogo das Estações						
Trabalhar a tonicidade, a motricidade global e o equilíbrio.	Aumentar a coordenação, o equilíbrio dinâmico, e a coordenação entre os segmentos.	À vez e dispostos em duas equipas, os elementos devem executar o percurso composto por uma estação (ex. andar pelos arcos colocando um pé em cada um) e pelo tapete de “twist”, onde devem realizar a instrução motora do cartão que leram no início do percurso.	Tapete de Twist Cartões Colchão Banco	15 min	Realizar as atividades destinadas à estação com o mínimo apoio verbal e físico; Compreender instrução dada e demonstrada Realizar a instrução lida no cartão corretamente com o mínimo de apoio verbal.	Instrução verbal; Demonstração; Apoio físico Feedback; Reforço positivo.
Desenvolver competências cognitivas.	Melhorar a memória de trabalho e a capacidade compreender instruções.					
Desenvolver competências sociais.	Melhorar o trabalho em grupo; Aumentar o sentido de cooperação.					
Jogo das Cadeiras						
Trabalhar a tonicidade e motricidade global.	Aumentar a adequação dos estados tónicos e a coordenação intersegmentar.	Todos devem andar pelo ginásio com os arcos dispersos e ao ouvirem o sinal sonoro devem escolher um arco vazio para ocupar. A cada repetição é retirado um arco, sendo eliminado do jogo quem não tiver um arco para ocupar. <u>Variante:</u> Apesar de mais cores disponíveis só se pode jogar nos verdes	Arcos	15 min	Ocupar um arco desocupado; Executar a atividade em conformidade com as regras e os objetivos.	Instrução verbal; Demonstração; Feedback; Reforço positivo.
Desenvolver competências cognitivas.	Melhorar competências atencionais, de compreensão e de associação de elementos com diminuição do tempo de reação.					

Tabela 10 (cont): Exemplo de uma sessão final do mês de Maio

Relaxação						
Trabalhar a Tonicidade e a Noção do corpo; Melhorar o sentido sinestésico do próprio corpo.	Promover o relaxamento tónico de diferentes segmentos corporais.	Sentados no banco, agrupados 2 a 2, os elementos devem respirar e seguir as instruções da técnica, enquanto o colega passa com a bola nas costas destes. Em seguida os elementos trocam de posições.	Bola	7 min	Conseguir relaxar os músculos de todos os segmentos corporais.	Instrução verbal; Feedback.
Desenvolver competências cognitivas.	Melhorar competências atencionais e de compreensão					
Reflexão Final: Auto e Heteroavaliação						
Desenvolver a capacidade de autorreflexão.	Melhorar a memória de trabalho, a comunicação com o outro e a reflexão.	Nomear o que foi realizado ao longo da sessão pela ordem correta das atividades, bem como a sua prestação e o que mais gostaram.		3 min	Identificar as atividades realizadas com conversa guiada.	Conversa guiada; Reforço positivo.
Planeamento da próxima sessão: Continuação do planeamento anterior.						

Durante este processo foram considerados pela estagiária alguns princípios orientadores da intervenção, nomeadamente a consideração da idade cronológica, o respeito pelo ritmo individual (Santos, 2017) e ainda o dinamismo e o lúdico (Coelho, Rodrigues e Santos, 2003). A análise e seleção das estratégias de sucesso, adequadas a cada cliente, foi outro ponto ao qual a estagiária deu importância, tentando sempre o sucesso e o sentimento de competência por parte dos clientes, e tal como refere Santos (2017) não esquecendo o rigor e a produtividade, bem como a vivência de experiências com significado nos mais diferentes domínios da vida diária. De entre estas destacam-se como as mais comumente previstas a escolha dos materiais (Lepore, 2011), a otimização do tempo útil das sessões, o recurso a instruções simples e diretas, associadas à demonstração e sempre acompanhadas com reforços positivos e corretivos, a complexificação progressiva das tarefas (Santos, 2018).

Apresentação e Discussão dos Resultados

A obtenção da informação, pela aplicação dos diferentes instrumentos e nos diferentes contextos, possibilitou estabelecer, um perfil individual inicial do R.C., ao mesmo tempo que a avaliação após a implementação do programa psicomotor possibilitou a análise da evolução do desempenho do caso (tabelas 11 a 13). De uma forma geral, e tal como

expectável, observa-se a tendência para a manutenção da maioria das competências, apesar de ligeiras evoluções em alguns domínios específicos. Para uma mais fácil compreensão, a apresentação e respetiva discussão dos resultados será feita por instrumento.

Tabela 11: Resultados obtidos pelo R.C. nos dois momentos de avaliação- ECAP

Domínios Parte I	Avaliação Inicial	Pontuação Máxima	Avaliação Final
Autonomia	75	130	71
Desenvolvimento Físico	31	37	33
Atividade Económica	1	30	1
Desenvolvimento da Linguagem	15	50	17
Números e Tempo	1	19	1
Atividade Doméstica	3	25	1
Atividade Pré-profissional	4	11	4
Personalidade	5	23	6
Responsabilidade	4	11	4
Socialização	15	27	16
Domínios Parte II			
Comportamento Social	11	78	12
Conformidade	8	66	8
Merecedor de Confiança	1	60	1
Comportamento Estereotipado e Hiperativo	13	98	14
Comportamento Sexual	1	46	1
Comportamento Auto abusivo	7	52	7
Ajustamento Social	11	46	10
Comportamento Interpessoal Perturbado	5	70	6

Nota: nos domínios da parte II o melhor resultado corresponde ao 0 revelando a inexistência de desajustamentos, mas optou-se por colocar o número máximo de pontos que cada indivíduo pode obter para uma melhor compreensão do perfil comportamental do R.C.

Neste sentido, e de acordo com os resultados obtidos com a ECAP, observa-se a tendência para a manutenção nas competências de vários domínios: *atividade económica, números/tempo, atividade pré-profissional e responsabilidade*, sendo esta situação explicada não só pelo compromisso cognitivo (e.g.: ao nível da memória de trabalho - Lott e Dierssen, 2010; Costanzo et al., 2013) com repercussões nas aprendizagens numéricas (Lanfranchi et al. 2015), psicomotoras (Santos e Morato, 2007) e adaptativas (Santos e Morato, 2012b) do R.C. como também pelo facto destas competências terem sido pouco estimuladas no contexto da intervenção psicomotora, sendo as mesmas da responsabilidade de outros apoios oferecidos na instituição. A restrição à participação plena do R.C., decorrente da superproteção e da subvalorização das suas capacidades (Gameren-Oosterem, 2011; Gilmore e Cuskelly, 2017; Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b) onde a família vai assumindo a responsabilidade por determinadas tarefas (e.g.: manuseamento do dinheiro e hábitos pré-laborais) poderá ser outra barreira ao desenvolvimento destas competências diárias, o que alerta para a necessidade de apoio à própria família, pelos técnicos que prestam apoio ao R.C., na

sensibilização das capacidades do filho e na valorização de atividades com maior autonomia e na comunidade. As competências de *autonomia* e as de *atividade doméstica* não foram trabalhadas especificamente nas sessões psicomotoras e algumas, tal como referido anteriormente, são assumidas por terceiros.

Por outro lado, constataram-se melhorias a nível do desenvolvimento físico, do desenvolvimento da linguagem, da personalidade e da socialização, na parte I e no ajustamento social na parte II, apesar de se realçar o decréscimo da pontuação final de autonomia no momento após a intervenção, que pode encontrar uma explicação: nos hábitos fora do centro, nomeadamente a nível da alimentação, que apesar de serem trabalhados nas horas de refeição na instituição também se fazem sentir em casa; no número de clientes presentes e o horário reduzido para a hora de almoço também pode consistir num fator de menor eficácia para este aspeto.

A nível do *desenvolvimento físico*, constatou-se uma progressão no domínio da coordenação oculo-manual e podal, podendo ter resultados dos conteúdos motores estimulados nas sessões de psicomotricidade e do aumento de experiências psicomotoras fora da instituição, tendo o R.C. participado em saídas desportivas ou outras atividades socialmente úteis no centro, mas com a participação da comunidade, entre outras. Este conjunto de experiências proporcionaram uma maior confiança motora, expandindo a possibilidade de exploração envolvente. Apesar do bom desempenho neste domínio, o R.C. ainda tende para uma postura hipotónica (Harris, 2006; Lott e Dierssen, 2010; Martinez e Garcia, 2008; Vicari, 2006) com repercussões na (menor) estabilidade articular (Carlier et al., 2006) e qualidade de equilíbrio (Carlier et al., 2006; Harris, 2006; Lott e Dierssen, 2010). A lateralidade é outro dos aspetos que se recomenda continuar a trabalhar, dada a sua ainda indefinição (Carlier, 2006; Gérard-Desplanches, 2006), com utilização indiferenciada das mãos (Rezende et al., 2016) nas mais diversas tarefas.

O *desenvolvimento da linguagem* também apresentou ligeiras melhorias, constatando-se ao longo das sessões um esforço do R.C. a nível da comunicação e participações mais espontâneas, baseado no aumento da confiança no técnico e no grupo. Assim, realça-se a evolução a nível do discurso, onde anteriormente utilizava frases primitivas e palavras isoladas com fraca articulação sintática (Harris, 2006; Levitas et al., 2007; Lovering e Percy, 2007) e neste momento já é capaz de construir e verbalizar frases completas. No entanto, há que ter em atenção que a memória verbal a curto-prazo, nas pessoas com DID, está afetada (Chapman e Hesketh, 2000; Harris, 2006; Naess et al., 2011), recomendando-se a continuação do trabalho realizado ao nível da atenção (Levitas et al., 2007; Costanzao et al., 2013; Sola et al., 2015) e da

disponibilização de tempo destinado à evocação de ideias (Harris, 2006). Acresce ainda a observação qualitativa (que se expressou quantitativamente) ao nível da melhor compreensão de instruções, passando de resposta a questões simples para a compreensão de instruções que envolvem uma sequência de passos (até 2 ou 3 passos), apesar do cuidado em se apresentarem tarefas concretas (Grieco et al., 2015). O R.C. não escreve, tendo sido uma competência desvalorizada ao longo do seu percurso desenvolvimental e que parece ser característico das pessoas com DID (Popovici e Belciu, 2013; Steele et al., 2012; van denBos et al., 2007).

Apesar de alguma instabilidade emocional e dificuldades na regulação de alguns comportamentos desajustados (Gameren-Oosterem et al., 2011), no âmbito dos domínios da *personalidade* e da *socialização*, denotou-se um aumento das competências de participação na sessão com mais relações positivas: o R.C. demonstrou cooperar mais com os restantes elementos do grupo e com a estagiária, inferindo-se que o facto de a intervenção ter sido de carácter grupal, apelando ao trabalho em equipa em atividades e tarefas do agrado e interesse do R.C. (e dos restantes) que os mantinham motivados nas sessões, promoveu a qualidade de interação entre todos.

Por último, no domínio do *ajustamento social*, na parte II da ECAP, verificou-se uma ligeira diminuição de alguns maneirismos, nomeadamente o pender da cabeça, podendo esta questão ter sido potenciada pela implementação de mais atividades no dia-a-dia que requeiram movimento (e.g.: fazer recados) e pelo aumento do interesse nas atividades em que participou, e pelas consequências positivas vividas como reflexo de *feedbacks* mais positivos por parte dos técnicos e dos pares.

De forma geral, o R.C. não apresenta muitos comportamentos desajustados (e.g.: domínios *merecedor de confiança* e *comportamento sexual*), verificando-se a frequência ocasional de alguns, como comportamentos agressivos para com os pares sem razão aparente, comportamentos desafiantes para chamar a atenção, baixa tolerância à frustração e às críticas, alguns comportamentos estereotipados e inapropriados, e tendência para alguma obsessão com os lugares onde se sentar, para a inatividade ou timidez. Este tipo de comportamentos foram trabalhados ao longo da intervenção psicomotora, quer nas sessões, quer no seu dia-a-dia no centro. Num momento inicial da intervenção, alguns destes comportamentos eram muito utilizados como forma de fuga às atividades propostas ou com o intuito de atrair para si a atenção dos presentes, mesmo que isso implicasse desestabilizar a sessão, verificando-se que no momento final de avaliação, houve uma evolução qualitativa nos comportamentos adotados, que nem sempre se traduziram na mudança quantificável dos valores finais.

Tabela 12: Resultados Obtidos pelo R.C nos dois momentos de avaliação- TPMBO-2 FR

Áreas	Item	AvI	Cotação Máxima	AvF
Controlo Manual Fino	Desenhar linhas através de percursos	1	7	1
	Dobrar papel	1	7	1
Integração Motora Fina	Copiar um quadrado	0	5	0
	Copiar uma estrela	0	5	0
	Transferir moedas	2	9	2
Coordenação Bilateral	Saltar no mesmo sítio – ambos os lados alternadamente	2	3	3
	Bater os pés e os dedos – ambos os lados alternadamente	2	4	3
Equilíbrio	Andar sobre uma linha	2	4	2
	Manter-se em apoio unipodal sobre uma trave – olhos abertos	1	4	1
Corrida de Velocidade e Agilidade	Saltar em apoio unipodal no mesmo sítio	2	10	3
Coordenação dos Membros Superiores	Largar e apanhar a bola – duas mãos	1	5	5
	Driblar uma bola – Alternando Mãos	1	7	3
Força	Flexões de braços – pernas em flexão	3	9	4
	Abdominais	3	9	3
Total		21	80	31

Legenda: AvI – Avaliação Inicial; AvF – Avaliação Final

Ao longo da aplicação do TPMBO-2 FR o R.C. demonstrou-se calmo, bem-disposto, cooperativo e comunicativo, com uma postura hipotónica que lhe é característica, e que de alguma forma influencia a sua prestação em alguns elementos. De uma forma geral, continuam-se a sentir algumas dificuldades nas tarefas que exigem movimentos mais precisos (Frank e Esbensen, 2014; Martínez e García, 2008; Vjuik et al., 2010; Wang et al., 2010), constatando-se que o R.C. não conseguiu copiar os modelos dados (quadrados e estrela) e as tarefas de dobragem de papel e dos percursos ficaram muito à quem do que era suposto. Já nas tarefas relativas à *Destreza Manual* o empenho foi evidente apesar da lentificação sentida nos movimentos dos membros superiores.

Ao nível da *Coordenação Bilateral* constataram-se melhorias no que toca ao movimento diferenciado de cada membro, enquanto na *Coordenação do Membros Superiores*, foram também evidenciadas melhorias na coordenação oculo-manual e intersegmentar, apesar de no movimento alternado dos braços ainda se constatarem algumas dificuldades na gestão do segmento a levar à bola, e na previsão e manutenção da trajetória da bola (Smits-Engelsman e Hill, 2012; Zikl et al., 2013). Estas dificuldades no desempenho prático global são também reportadas na literatura (Martínez e García, 2008). Já no âmbito da *Corrida de Velocidade e Agilidade*, foi evidente o melhor empenho, verificando-se uma melhor adaptação tónica ao movimento na tarefa dos saltos (Hartman et al., 2010; Martínez e García, 2008), apesar de alguma “lentificação”

na tarefa (Barnhill e Kartheiser, 2007; Vuijk et al., 2010; Wuang et al., 2008), comprometendo o desempenho superior nas tarefas.

O subteste *Equilíbrio* foi um dos que apresentou maiores dificuldades, com várias oscilações e instabilidade (Smits-Engelsman e Hill, 2012; Vuijk et al., 2010) nas posições propostas, o que se deve também à sua postura comum - corpo fletido à frente e com as pernas afastadas de modo a aumentar a base de sustentação (Lahtinen et al., 2007). Estas dificuldades de equilíbrio parecem ser predominantes na idade adulta (Lahtinen et al., 2007).

Por último, no subteste *Força* o R.C. não realizou as flexões/abdominais ao longo do tempo suposto parando a meio e dizendo estar muito cansado para continuar, o que parece estar em sintonia com o reportado na literatura no que toca à menor capacidade de força muscular (Barnhill e Kartheiser, 2007; Vuijk et al., 2010; Wuang et al., 2008) e perfil hipotónico (Fonseca, 2001; Morato 1995). Apesar de ligeiras melhorias no item das flexões.

O preenchimento da Escala de Avaliação em Meio Aquático foi realizado na sessão de dia 14/05/2018, tendo sido possível proceder a observações qualitativas e apresentando os resultados na tabela 13.

Tabela 13: Resultados obtidos pelo R.C. nos dois momentos de avaliação - Escala de avaliação em meio aquático

Áreas	Item	AvI	Cotação Máxima	AvF
Entradas na água	Entradas diretas na água	7	7	7
	Saltos	0	6	0
Saídas da água		2	2	2
Adaptação ao meio aquático	Conforto e bem-estar na água	6	11	5
	Equilíbrio em meio aquático	4	14	7
	Imersão	4	6	4
Controlo Respiratório	Inspiração, expiração e apneia	4	11	4
	Fatigabilidade	6	6	6
	Propulsão	3	12	3
Estilos de Natação	Movimentos fundamentais da técnica de Crawl	1	13	2
	Movimento fundamental da técnica de Costas	0	9	1
	Movimento fundamental da técnica de Bruços	0	9	0
	Movimento fundamental da técnica de Mariposa	0	5	0
Total		37	111	41

Legenda: AvI – Avaliação Inicial; AvF – Avaliação Final

Como se pode constatar as *entradas na água* e *saída da água*, não sofreram alterações: o R.C. é autónomo neste tipo de itens e continua a recusar fazer os saltos, aparentemente por medo. Na *adaptação ao meio aquático* constata-se a manutenção das competências avaliadas inicialmente, à exceção da flutuação dorsal com alguma

resistência e à melhoria ao nível do equilíbrio na posição ventral com apoio, decorrente do maior conforto na água e do fortalecimento da relação com a estagiária, ao longo das sessões. O R.C. não demonstra fadiga ao longo das sessões e manteve as mesmas competências de *controlo respiratório*, apesar de se recomendar a continuação da estimulação dos restantes itens (inspiração e expiração). A propulsão é outra área que carece de uma atenção especial, podendo a menor prestação estar relacionada com as dificuldades na sincronização dos movimentos exigidos associada à menor força muscular inerente à tarefa. Nos *estilos de natação* (*crawl* e costas) houve uma evolução em manter o corpo numa posição de deslize em decúbito ventral e dorsal, apesar de ser necessário um apoio securizante e impulsionador. De qualquer das formas, a sincronização dos movimentos ainda não é conseguida em nenhum dos estilos, realçando-se, no entanto, que neste momento apenas são estimuladas as tarefas dos estilos livres e costas.

Em contexto aquático é importante salientar as faltas de comparência às sessões iniciais, que de alguma forma podem ter condicionado a evolução (mais) positiva de algumas competências, parecendo indiciar a relevância deste contexto para a sua estimulação (Filho, 2003; Barbosa, 2000; Matias, 2010), não só a nível psicomotor mas também cognitivo e social (Freitas e Silva, 2010). Estas faltas deveram-se ao receio dos pais do R.C. em que este desenvolvesse uma bronquiolite devido ao tempo húmido conjugado com a atividade na piscina. Outra questão importante de ser nomeada é o facto deste meio também proporcionar uma forma diferente de estimular as competências de cooperação e interação com os pares e com a técnica, possibilitando um maior leque de estratégias para a motivação do R.C e o seu sucesso.

Reflexão geral sobre a intervenção

Ao longo da intervenção vários foram os desafios impostos, que puseram à prova as competências académicas, sociais e práticas, evoluindo à medida que o tempo ia avançando. Numa primeira fase, foi desafiante o contacto com a população, surgindo dúvidas no âmbito do tipo de comunicação a utilizar, das atividades a implementar que fossem ao encontro dos interesses e às necessidades individuais, mas também que fossem adequadas à idade cronológica, e no tipo de *feedback* e instruções a dar. Isto foi colmatado a nível pessoal com a consciencialização da idade de cada indivíduo, com a procura (reflexão sobre as opções) junto dos técnicos e com o aprofundamento do conhecimento teórico e prático, de forma a adequar o mais possível a intervenção a implementar. Neste sentido, dedicou-se particular atenção a atividades que englobassem os objetivos pretendidos, satisfizessem os gostos dos indivíduos e que

não levassem à infantilização dos mesmos. Com o tempo e recorrendo à observação e discussão com as orientadoras locais também as questões relativas ao *feedback*, à expressão das instruções, à postura adotada nos diversos momentos da sessão, e alguns aspetos apontados como a melhorar foram evoluindo satisfatoriamente.

Por outro lado, foi sentido, também, num momento inicial, alguma dificuldade em defender o espaço próprio e de adequar a forma como se dirigiam a mim (ou de forma inadequada ou mesmo “invadindo” o espaço), tendo, com o tempo, ganho um discurso mais assertivo, tentando encontrar um equilíbrio entre a empatia e a assertividade, variando entre a explicação incisiva até à estratégia de ignorar, consoante as características pessoais de cada cliente.

No período de maior autonomia da estagiária, vivenciaram-se algumas situações de conflito e comportamentos disruptivos dentro do grupo, o que a fez refletir sobre a forma como deveria atuar, tendo-se adotado alguns princípios da estratégia do ABC (*antecedent-behavior-consequence* – Eckert, Martens e Gennaro, 2005): inicialmente, tentava-se identificar o motivo que tinha despoletado a situação, para em seguida se consciencializar o indivíduo para a regulação do comportamento (indesejado) em questão, visando a sua minimização e mesmo eliminação (futura), voltando a reforçar-se verbalmente e a relembrar algumas regras no momento final da sessão, para o sentimento de sucesso e de competência (Fonseca, 2010a; Fonseca, 2017). O reforço adotado foi exclusivamente de âmbito verbal ou por possibilidade de executar tarefas do interesse do mesmo, permitindo assim a consciencialização referida, minimizando a dependência reforço-comportamento. Outra das estratégias passou a ser ignorar comportamentos que tendessem a aumentar à medida que o técnico lhes dava importância, sendo mais tarde debatidos.

A (ir)regularidade de participação (do R.C.) é algo a equacionar no futuro, tentando minimizar a ausência de estimulação e o aumento da motivação, bem como o maior trabalho com a família - como apoios naturais, que podem continuar o trabalho iniciado e realizado na instituição, noutros contextos informais, como a própria casa, referindo-se que uma das áreas fortes deste acompanhamento mais individual passou pelo facto de se intervindo com o R.C. em diferentes contextos. Também o contacto com os outros técnicos da instituição por vezes representou um desafio apesar da boa relação estabelecida com a grande maioria, uma vez que é uma instituição grande e com uma boa dinâmica e são escassos os momentos em que era possível debater alguns assuntos mais relacionados com casos individuais, sendo este ultrapassado com

compreensão e alguma ajuda disponibilizada aos técnicos em questão no sentido do preenchimento.

De uma forma geral, o balanço da intervenção quer com o estudo de caso, quer com os vários grupos, foi muito positivo não só pelas melhorias (qualitativas e quantitativas) observadas, como pela riqueza da relação da aprendizagem constante, da reflexão diária e sobre o constante equacionar do ajustamento da intervenção, visando uma maior funcionalidade e participação, no sentido de uma vida com (mais) qualidade.

Ainda no âmbito das atividades de estágio, e como resposta a um desafio inicial, por parte da orientadora académica, foi implementado ao longo do período não letivo, um projeto de investigação-ação que se pretendeu inovador e com pertinência para o trabalho realizado pela estagiária na instituição. Neste sentido, e decorrente quer da motivação da estagiária para o assunto – fomentada por algumas unidades curriculares do 1ºano de mestrado, quer pela curiosidade de compreender melhor o funcionamento executivo dos clientes com quem se interveio, procedeu-se a um pequeno estudo intitulado “O Perfil executivo de um grupo de adultos com dificuldade intelectuais e os efeitos de um programa psicomotor focado no funcionamento executivo”, que é apresentado no anexo 1. Para efeitos do relatório faz-se apenas um pequeno resumo do mesmo, tentando contextualizar a sua pertinência para a atividade da estagiária na instituição e para o conhecimento científico na área da Reabilitação Psicomotora, indo ao encontro de um dos objetivos das normas regulamentares do mestrado.

Projeto de Investigação

Assim, e num breve resumo das informações já descritas anteriormente no capítulo dedicado às FE, a identificação das dificuldades em diversos aspetos relativos ao funcionamento executivo das pessoas com DID, tem ganho interesse emergente no âmbito do desenvolvimento do indivíduo (Diamond, 2013; Fonseca, 2017), com impacto nas competências académicas e laborais (Alvarez e Emory, 2006; Cameron et al., 2012), e na vida diária e qualidade de vida (Brown e Landgraf, 2010), dado serem como o “centro de Operações” desta dinâmica (Barkley, 2011), com cada componente constituinte a atuar para a adequação da resposta (Montesinos, 2016). As características do envolvimento medeiam a relação entre desempenho em testes neuropsicológicos e no funcionamento diário, influenciando o impacto real das disfunções executivas na vida real (Chaytor, Schmitter-Edgecombe e Burr, 2006),

indicando a necessidade da avaliação ecológica das habilidades cognitivas em pleno contexto.

As FE englobam um conjunto de funções mentais complexas localizadas na região do córtex pré-frontal (Barros e Hazin, 2013) em interação com outras estruturas do cérebro, que atuam na seleção da informação para a tomada de decisão, permitindo o armazenamento na memória de trabalho, e visando a resposta adequada à exigência (Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone e Pennington, 2005). Apesar da ainda controvérsia na sua concetualização (Barkley, 2011; Diamond, 2013; Gioia et al., 2002; Miyake et al., 2000; Stirling, 2002), variando entre a uni e a multidimensionalidade (Miyake et al., 2000), Diamond (2013) defende a existência de três FE que se relacionam entre si: controlo inibitório (atencional e autocontrolo) que envolve a capacidade atencional e a adequação comportamental; memória de trabalho para o processamento da informação; e flexibilidade cognitiva para a adaptação ao envolvimento (Barros e Hazin, 2013).

A pessoa com DID tende a demonstrar menores níveis de atenção (Kirk et al., 2015; Steele et al., 2012), com limitações na memória de trabalho o que irá ter repercussões ao nível das dificuldades no planeamento e resolução de problemas (Barnhill et al., 2007; Burack et al., 1998; Kirk et al., 2015), antecipação do sistema causa-efeito (Schalock et al., 2012) e controlo da impulsividade (Levitas et al., 2007).

A avaliação do funcionamento executivo é criticada pelo seu carácter laboratorial através de tarefas rígidas e sem aparente relação com as atividades quotidianas (Eslinger, Flaherty-Craig e Benton, 2004), realçando-se a importância da abordagem ecológica e na correspondência processo e comportamento (Jurado e Rosseli, 2007). Dada a escassez de evidências nacionais sobre as características do funcionamento executivo de adultos com DID (Danielsson et al., 2010; Hauser-Cram et al., 2014; Willner et al., 2010), e pela necessidade de validação de boas práticas psicomotoras (Santos, 2017) este projeto objetivou: 1) a descrição do funcionamento executivo de um grupo de adultos com DID por meio de uma avaliação ecológica; e 2) a análise do eventual contributo da intervenção psicomotora neste funcionamento.

Neste sentido, foi aplicada a versão reduzida da *Barkley Deficits in Executive Functioning Scale* para adultos (Barkley, 2011; Allee-Smith et al., 2013), com 20 itens organizados por 5 dimensões (autogestão do tempo, auto-organização/resolução de problemas, controlo do impulso, auto-motivação e auto-regulação emocional), a 18 clientes, entre os 22 e os 57 anos (40.33 ± 8.0), com o diagnóstico de DID no seu processo clínico, institucionalizados e a frequentar o CAO da instituição. Dado a escala ter duas partes, uma para ser respondida por um prestador de cuidados próximo

(preenchimento por terceiros – por 6 técnicos) e outra pelo próprio (autorrelato) a inclusão dos participantes exigia capacidade verbal e de compreensão para responder ao questionário. Os participantes foram divididos em grupo sem intervenção (n=9, 5 do género masculino e 4 do género feminino) e com intervenção (n=9; 6 do género masculino e 3 do género feminino), tendo mantido os apoios habituais (i.e.: apenas os participantes do grupo experimental usufruem de intervenção psicomotora), sendo que a seleção dos clientes que não usufruíam da intervenção psicomotora foi aleatória. Apesar das dificuldades em aceder às informações clínicas, todos os participantes tomavam medicação (e.g.: antiepiléticos, psicofármacos, estabilizadores de humor, no tratamento de hipotireoidismo e antidepressivos), sendo mais frequentes no grupo experimental.

Desta forma, e depois de se assegurarem os requisitos éticos, procedeu-se à avaliação baseline, e fundamentados nos resultados obtidos foram identificados os objetivos gerais e específicos a desenvolver, tendo sido planificado e implementado um programa psicomotor de 5 meses, ajustado às características e aos interesses dos participantes. No final do programa psicomotor o mesmo instrumento voltou a ser aplicado e os resultados analisados e discutidos à luz das evidências na literatura, às características dos participantes e às observações qualitativas retiradas ao longo do programa. Os planeamentos eram semanais e a evolução das atividades e objetivos caracterizaram-se pela complexidade crescente. Um mês depois do término do apoio psicomotor, todos os participantes do grupo experimental foram uma vez mais avaliados para se tentar compreender a capacidade de retenção das aquisições.

O programa psicomotor seguiu uma estrutura de sessão rígida composta por um momento inicial de ativação geral (5/10 min), que tinha em vista o aquecimento da musculatura geral do corpo, um momento de sessão propriamente dita (30/35 min), com atividades para os objetivos delineados e um momento final de conversa acerca da sessão (5/10 min). Estes objetivos iam ao encontro das dificuldades do grupo e que se centravam na tonicidade, equilíbrio dinâmico, noção do corpo, estruturação espaciotemporal e praxia global no âmbito psicomotor; memória de trabalho, capacidade atencional, planeamento e controlo de impulsos e flexibilidade cognitiva, a nível cognitivo-executivo; na compreensão e expressão verbal, no âmbito da linguagem; e na qualidade das relações interpessoais, no trabalho em equipa e na regulação emocional no domínio socio-emocional.

Numa primeira fase, e dada a inexistência de um instrumento de avaliação do funcionamento executivo para adultos de carácter ecológico, traduzido para português,

procedeu-se à tradução da escala com todos os procedimentos inerentes à validade de conteúdo, para em seguida se analisar ainda a fiabilidade (consistência interna, estabilidade temporal e interrespondentes) e validade de constructo (intercorrelações entre domínios), que apesar de aceitáveis carecem de um estudo mais aprofundado.

Os valores iniciais corroboram as dificuldades apontadas na atenção (Kirk et al., 2015; Steele et al., 2012), memória (Alloway, 2010; Kirk et al., 2015), funcionamento intelectual (Duncan et al., 1995; Friedman et al., 2006) e pensamento abstrato (Sgaramella et al., 2012), com repercussões no *controlo de impulsos, auto-organização e autorregulação emocional*, corroborando outros estudos (Diamond, 2013; Eslinger, 2004; Garon et al., 2008; Hauser-Cram et al., 2014; Levitas et al., 2007). No estudo comparativo entre os dois grupos verificaram-se diferenças, indiciadoras de melhorias, sendo mais visíveis no grupo que não usufruiu de intervenção psicomotora, possivelmente explicada pelos melhores níveis de funcionamento intelectual, associado à diferente auto-perceção (Hartley e MacLean, 2006) ou pela comparação com os outros clientes na instituição (Stancliffe, 1999).

Os técnicos, que tendem a reportar mais dificuldades executivas do que os próprios, apontam para a procrastinação ou falta de iniciativa para a consecução das tarefas, sendo necessário apoio e encorajamento constante (Hauser-Cram et al., 2014; Santos e Morato, 2012), o que associado a limitações de memória (Alloway, 2010; Barnhill et al., 2007; Kirk et al., 2015; Miyake et al., 2000) e dificuldades no planeamento e antecipação da resposta (Skoff, 2004) decorre em menores índices de produtividade com maior necessidade de tempo (Santos e Morato, 2012a) e um desempenho menos preciso (Bailey, 2007).

A intervenção psicomotora parece poder assumir-se como um apoio no âmbito da promoção do funcionamento executivo para a vida diária, sendo que os participantes apresentam resultados indicativos de melhorias no fim da implementação do programa psicomotor implementado – ao nível do controlo de impulsividade, gestão do tempo, resolução de problemas, maior adequação comportamental, entre outros, apesar de se recomendar mais estudos na área. Depois de um mês sem intervenção, os valores médios parecem aumentar indiciando a necessidade da estimulação executiva diária e constante. A validação de instrumentos para a avaliação do funcionamento executivo numa perspetiva ecológica para este grupo, bem como estudos de follow-up são algumas das reflexões que ficam.

Esta análise quer do perfil executivo dos participantes, quer dos efeitos potenciais da intervenção psicomotora, revelou-se como pertinente a diversos níveis: envolveu o

papel ativo dos clientes com DID e o seu ponto de vista ajudou ao ajustamento de uma intervenção centrada nas suas características e interesses diários, indo ao encontro das mais recentes concetualizações (Buntinx e Schalock, 2010), contribuindo não só para a melhoria de algumas competências avaliadas como também para a mudança que a instituição pretende; do ponto de vista institucional permitiu reforçar a importância da intervenção psicomotora como apoio a prestar a esta população; acarreta novas evidências para a eventual eficácia e relevância da atividade profissional do psicomotricista; e, finalmente, para a estagiária no sentido em que alertou para a necessidade de se continuar a apostar em procedimentos rigorosos e suportados por evidências científicas, aliando a teoria à prática, e fomentando a abordagem multidimensional (OMS, 2004) e funcional (Luckasson e Schalock, 2012) da pessoa. A intervenção psicomotora centrada no funcionamento executivo apesar de ter sido um desafio, no sentido de haver (maiores) dificuldades com o avançar da idade, foi um trabalho gratificante não só pelos resultados mas também pela adesão do grupo.

Após apresentado o trabalho desenvolvido ao longo do período de estágio, é de referir também a participação da estagiária em outras atividades que fugiam ao dia-a-dia normal do Centro. Posto isto, tendo em conta o carácter dinâmico da instituição CERCILisboa, bem com a sua procura de uma abertura à comunidade, promovendo a participação social dos seus clientes, e participação ativa em inúmeras atividades “extra-instituição”, foi oferecida à estagiária a oportunidade de também participar nas mesmas, pelo que em seguida, se procede a um resumo de Outras Atividades experienciadas.

Outras Atividades

1. **“I Torneio de Corfebol para Todos”** (23/10/2017): realizado na Escola Secundária Pedro Alexandrino em Odivelas e focado na prática de Corfebol adaptado, contou com a participação de inúmeras instituições da área da grande Lisboa, sendo que os clientes da CERCILisboa foram apurados para a fase seguinte. Este evento permitiu não só a prática desportiva, como fomentou o trabalho em equipa e o espírito competitivo, a interação entre os clientes e técnicos dos vários centros, dando origem a momentos de boa disposição e animação. Enquanto estagiária, foi um momento de melhor perceção das atividades extra centro e uma oportunidade de conhecer os clientes que participaram no torneio num ambiente diferente ao do dia-a-dia;

2. **Percurso para a “Marcha Ambiental” da CERCILisboa** (24/10/2017): organizado pelas psicomotricistas da CERCILisboa, consistiu no reconhecimento e

discussão do percurso a realizar na atividade inter centros organizada pela CERCILisboa, no Jamor, com a colaboração da entidade gestora do estádio e uma entidade de segurança. Esta atividade foi útil no sentido de regular e antecipar qualquer percalço no dia do evento, possibilitando a recolha de informações pertinentes para as outras instituições sobre o percurso a efetuar (e.g.: escadas, caminhos de terra, entre outros) para facilitar as decisões inerentes à participação neste evento;

3. **“VIII Encontro com o Ténis”** (7/11/2017): organizado pela CERCIOeiras e por técnicos da modalidade realizando-se nos campos de Ténis do Estádio Nacional, no Jamor, Cruz-Quebrada, no âmbito das atividades intercentros. O objetivo foi permitir a prática de uma variedade de situações práticas lúdico-desportivas da modalidade de Ténis, com atividades dispersas em 5 campos numa ordem de dificuldade e complexidade crescente, que culminava com a simulação de um jogo de ténis. Tal como as outras atividades, este evento permitiu trabalhar alguns dos objetivos estabelecidos nos planos individuais dos clientes, e fomentar a relação entre os diversos clientes, proporcionar-lhes momentos de lazer e diversão. Como estagiária foi ainda importante observar a postura dos clientes num meio e com atividades diferentes das habituais e poder conviver com eles num registo também diferente;

4. **“Marcha Ambiental”** (16/11/2017): organizada pela CERCILisboa, no âmbito dos intercentros. Nesta atividade, a função da estagiária centrou-se na organização do evento, fazendo a receção dos participantes, a entrega dos troféus e medalhas, t-shirts e garrafas de águas, explicando qual o percurso a realizar. A estagiária ainda teve a oportunidade de participar neste evento com o grupo de participante do CTVAA, que se mostraram muito entusiasmados, principalmente na chegada à tribuna do estádio nacional, tirando fotografias e gritando “golo”. Apesar de algum cansaço de alguns participantes, visível com o decorrer da caminhada, todos terminaram a atividade. No final da marcha, realizou-se um almoço intercentros;

5. **“Hidroginástica”** (11/12/2017): organizada pela CERCITEjo no programa intercentros. A atividade dividiu-se em duas sessões de hidroginástica na qual os centros eram encaminhados consoante a ordem de chegada, sendo que nos períodos em que não estavam a participar na aula podiam realizar outras atividades numa outra piscina mais pequena e baixa. A participação da estagiária centrou-se no acompanhamento do R.C. (estudo de caso) que tinha algumas dificuldades quer na realização dos movimentos, uma vez que as coreografias eram muito variadas e com alguma velocidade, quer na manutenção da atenção, tendo de ser várias vezes chamado a olhar para o movimento que tinha de fazer. De um modo geral, todos os elementos gostaram muito da atividade, expressando isso verbalmente, uma vez que

para além de promover o contacto entre clientes de outros centros, é uma atividade que envolve música e movimento a que todos aderem muito bem;

6. **“Paddle Surf”** (24/01/2018): organizado pela CERCIOeiras, no âmbito do intercentros, promoveu o contacto/convívio entre clientes e técnicos das diferentes instituições. A atividade foi organizada contando com duas estações: a atividade principal era praticada por um número restrito de participantes uma vez que o acompanhamento era feito de um para um, e outra, mais de convívio, onde os clientes podiam experimentar a braçada na prancha de surf ou jogar com uma bola entre si. O papel da estagiária centrou-se no apoio aos participantes do CTVAA, dentro da piscina e na utilização das pranchas, podendo no final experimentar a modalidade. Os 3 clientes da CERCILisboa que participaram relataram ter gostado quer da atividade, quer do convívio, mostrando-se muito motivados e empenhados no que lhes era pedido, e orgulhosos por conseguirem;

7. **Atletismo** (31/01/2018): esta atividade foi organizada por CERCIAMA no Estádio do Jamor, no programa intercentros e estava dividida por estações onde os clientes podiam experimentar as diferentes provas englobadas no atletismo; a estagiária deu apoio aos clientes nas diversas atividades disponíveis, sendo demonstrada uma grande satisfação por participarem e conviverem com clientes de outros centros;

8. **Torneio de natação “Nada lá”** (07/02/2018): organizado pela CERCICA, e consistiu numa competição de natação. A estagiária acompanhou os clientes, colaborando quer a nível da logística do balneário, como no decorrer da prova, apoiando a organização dos participantes e alguns clientes dentro de água. Todos os clientes se mostraram muito entusiasmados, quer com a própria prestação, quer com a prestação dos colegas, apoiando-se mutuamente, sendo por isso muito gratificante;

9. **“Matiné Dançante”** (23/02/2018): organizada pela CERCIOeiras, no programa intercentros, onde a dinâmica passava por um concurso de representação na qual o tema era um tributo aos Xutos e Pontapés. Na CERCILisboa esta atividade foi atribuída ao grupo de teatro, que ensaiou uma música e interpretou-a com os clientes, sendo que a cada um estava atribuído um elemento do grupo musical. O meu papel baseou-se no acompanhamento dos clientes e auxílio das técnicas. Os clientes adoraram a atividade dançando quer na própria atuação, quer na atuação das outras instituições, ficando a CERCILisboa em segundo lugar;

10. **Torneio da Olisipiadas** (16/03/2018): atividade organizada pela Câmara Municipal de Lisboa, e que permitiu o apuramento para uma outra prova, contando com a participação de várias instituições. Cada cliente nadava uma prova de 25m no estilo

onde apresentavam a sua melhor prestação, tendo alguns elementos participado na prova de estafetas. A minha participação centrou-se no acompanhamento dos clientes e apoio das técnicas no que fosse preciso ao longo da prova. Os clientes mostraram-se muito entusiasmados, motivando os colegas a terminar a prova.

11. **“Caminhadas com História”** (26/03/2018): organizada pela junta de freguesia de Marvila e contou com a participação não só dos clientes do CTVAA mas também com outros participantes que se inscrevessem na iniciativa, sendo a grande maioria de idades seniores. A atividade consistia em caminhar por um percurso previamente planeado, que passava por alguns pontos históricos da zona na qual foi feita uma pequena introdução. A minha participação centrou-se no acompanhamento mais direto de alguns clientes que têm maiores dificuldades a nível da locomoção. Os participantes mostraram-se muito satisfeitos com a atividade, quer pelo interesse no percurso e, consequentemente, nos pontos históricos pelos quais passaram como também pelo convívio com a comunidade presente;

12. **Caminhada de Orientação no Parque da Pena** (17/04/2018): organizada pelo CECD Mira Sintra no seguimento do programa intercentros, consistiu numa caminhada realizada em equipas por instituição onde era entregue um mapa no início do percurso e pelo qual, em conjunto com as pistas visuais disponíveis ao longo do percurso, o grupo se devia reger para encontrar as estações de provas. Em cada uma das 10 estações os elementos do grupo tinham uma atividade para realizar (e.g.: responder a perguntas, jogos de índole motora). Os clientes gostaram muito da atividade no geral apesar de chegarem ao fim do percurso já cansados e alguns terem algumas dificuldades na locomoção, pela irregularidade do trajeto, que continha muitas escadas e alguns obstáculos como árvores e arbustos da qual tinham de se desviar. O meu papel ao longo da atividade consistiu no apoio ao grupo de participantes do CTVAA;

13. **“17º Torneio de Natação Adaptada de Mafra”** (26/04/2018): que contou com a organização da APERCIM na Piscina Municipal da Venda do Pinheiro (Mafra), e com a participação de várias instituições no seguimento do programa intercentros. Nesta atividade participaram 5 clientes do CTVAA, distribuídos nas modalidades Estilo de Natação Pura, Livre, Costas e Bruços, e Atividade Adaptada, ventral e dorsal com flutuador. Os participantes mostraram-se muito entusiasmados com o evento, apoiando os colegas e socializando com clientes de outras instituições. A minha participação centrou-se no acompanhamento dos clientes ao torneio e no auxílio das técnicas responsáveis relativamente à organização dos mesmos;

14. **“Jogos da Primavera/ 2018- Jogos com História”** (10/05/2018): organizados pelo Elo Social, nas próprias instalações, contando com a presença de várias instituições convidadas no seguimento do programa intercentros e consistiu em várias atividades ao longo do dia, começando com um desfile das instituições convidadas, uma sessão de abertura onde os elementos da instituição organizadora realizaram uma pequena peça de teatro, os jogos propriamente ditos, a entrega de prémios e um momento de animação musical. Os jogos dividiram-se em 4, nos quais participavam 4 elementos de cada vez, tendo estes diversas funções: o jogo “pirâmides do Egipto”, onde os elementos tinham de empilhar as peças dispostas no espaço, formando uma pirâmide; o “Robin dos Bosques”, em que um elemento realizava tiro ao alvo rebentando dois balões que continham moedas, os dois seguintes apanhavam as moedas percorriam um percurso e entregavam as moedas ao elemento seguinte, que por sua vez as atirava para dentro baú; o “Mensageiro do Rei”, onde os participantes tinham de levar uma carta de uma ponta à outra do percurso de obstáculos em estafetas; e a “Missão Humanitária, onde também em estafeta tinham de realizar um conjunto de atividades que visavam salvar um grupo de pessoas culminando com o içar de uma bandeira de paz; todos os jogos tinham um constrangimento temporal. O papel da estagiária centrou-se no acompanhamento dos clientes e organização da sua participação nas dinâmicas propostas, tendo estes manifestado muito empenho nas tarefas e sentimentos positivos acerca da sua presença nos jogos; e

15. **“Campanha Pirilampo Mágico”** (24 e 29/05/2018): colaboração na venda de pirilampos nas bancas da Cuf Descobertas e do metro do Campo Grande, durante toda a manhã, onde o meu papel se centrou no contacto com a população dos locais em questão e venda do material disponível.

Conclusão e Reflexão

O presente documento, decorrente do aprofundamento de competências profissionais através de um estágio, conclui o trabalho realizado durante um ano letivo, onde várias competências – teórico, técnico-práticas e sociais, da estagiária foram postas à prova, realçando-se o vasto conhecimento partilhado. A estagiária beneficiou de um novo leque de experiências e conhecimentos que enriqueceram a sua prática, permitindo ainda a mudança de atitudes e da própria sua visão acerca dos princípios e ideais sobre os objetivos da intervenção com populações adultas com DID ou outras necessidades de apoios, considerando sempre a funcionalidade e a participação social, que se pretende real e efetiva.

O ano de estágio foi intenso, dando apoio a 63 clientes, todos adultos com DID e com necessidades de apoio distintas, em contextos distintos e na comunidade; contextualizando a intervenção psicomotora na missão, visão e valores da instituição num clima de respeito e colaboração; e tentando que fosse pautada pelo rigor e contribuindo para uma vida com mais qualidade de todos. Além disso, a intervenção da estagiária enquadrou-se numa verdadeira relação empática concretizada num ambiente securizante e facilitador; trabalhando em equipa mais restrita – com as técnicas de reabilitação, ou mais alargada – em plena partilha de conhecimentos e práticas, participando ativamente como (futura) psicomotricista. A intervenção da estagiária envolveu ainda processos de avaliação pertinentes e integrando as perspetivas de todos os intervenientes, mas conquistando o próprio espaço psicomotor, sem se “introduzir intrusivamente” nas outras áreas profissionais, ao mesmo tempo que contribuiu com ideias e inovações, partindo do princípio que cada dificuldade fosse perspetivada antes como uma característica desafiadora e ponto de partida para a seleção dos apoios, atividades e estratégias mais adequadas. A estagiária procurou, em todos os momentos, realçar o papel ativo que toda e qualquer pessoa, com e sem DID, deve assumir no controlo da sua própria vida, conseguindo um conjunto de respostas que possivelmente, no futuro, trarão consigo mais diversidade de pensamento, mais pesquisa e mais vontade de fazer diferente.

No decorrer desta ideia e fazendo o balanço final, houve benefícios de âmbito pessoal e profissional, decorrentes do contacto direto com esta população e inserção numa instituição desta envergadura. A nível profissional, pode-se nomear um maior à vontade no trabalho interventivo, com novas perspetivas e ideias de como atingir os objetivos indo ao encontro das necessidades e gostos do indivíduo, mas também atendendo à sua vontade; uma maior capacidade para trabalhar em cooperação e articular com os vários técnicos intervenientes na instituição; um maior conhecimento e

noção acerca do trabalho realizado em contexto de CAO, como são realizados os projetos de vida de cada indivíduo, e de que forma o trabalho dos diversos técnicos se articula a esta dinâmica; e aprofundamento do trabalho realizado tanto em contexto de ginásio como em contexto aquático. A gestão “social” diária que exigiu um equilíbrio entre responsabilidade, autoridade profissional e empatia foi um dos marcos desta aprendizagem, mediada pela linguagem verbal e corporal, realçando-se a maior autonomia e eficácia nas mais variadas tomadas de decisão. A organização temporal da intervenção da estagiária-psicomotricista (dinâmica vs. ritmo diário, planejar e implementar, adaptar e improvisar) e a resolução de eventuais problemas e/ou conflitos foram outras das aprendizagens que ficam para a vida.

A nível pessoal, considera-se através de uma maior reflexão acerca do tema e da observação prática, uma mudança relativamente à opinião existente acerca das competências e potencialidades destes indivíduos, bem como a possibilidade da sua inserção na sociedade, fomentando-se a maior autonomia possível; a consciencialização das dificuldades com que estes indivíduos se deparam no seu dia-a-dia e que constituem um obstáculo à sua participação; e o maior conhecimento acerca das próprias competências e evoluções aumentando a sua autoconfiança.

Desta relação que se repete ano após ano, usufruiu não só a estagiária mas também a instituição, pela dinâmica diferente e diferentes perspetivas que cada estagiário pode trazer e implementar, que passam não só pelo conhecimento, mas também pelas novas ideias, pelas novas interações e pelas diversas áreas de interesse, o que contribui para que esta esteja em constante renovação e evolução, tendo em vista as intervenções no sentido de promover a qualidade de vida.

Para terminar sugere-se na área académica um aumento dos estudos no âmbito da DID, e na sua relação com a terapia psicomotora, mas também da criação ou validação de instrumentos de avaliação adequados à população portuguesa e com DID para uma maior sustentação do processo de intervenção e da sua monitorização fiável. Por outro lado sente-se também a necessidade enquanto sociedade de aumentar e melhorar as estruturas existentes de forma que a sociedade esteja também ela preparada para acolher de forma ativa esta população, de modo a que a inserção na comunidade seja assim um processo harmonioso e que conte com a colaboração de todos os intervenientes. Também o aumento da informação acerca de espaços como a CERCI e o tipo de trabalho que desenvolvem, e realização de atividades exteriores ao centro podem constituir um processo de sensibilização da comunidade na integração que impulsiona o ponto anteriormente falado.

Referências

- Adams, D. e Oliver, C. (2011). The expression and assessment of emotions and internal states in individuals with severe or profound intellectual disabilities. *Clinical Psychology Review*, 31, 293-306. doi:10.1016/j.cpr.2011.01.003
- Allee-Smith, P., Winters, R., Drake, A., e Joslin, A. (2013). Test Review. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 31(1), 80-83. doi:10.1177/0734282912452651
- Alloway, T. (2010). Working memory and executive function profiles of individuals with borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(5), 448–456. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01281.x
- Alvarez, J. e Emory, E. (2006). Executive function and the frontal lobes: A metaanalytic review. *Neuropsychology Review*, 16(1), 17–42. doi: 10.1007/s11065-006-9002-x
- Aman, M. e Ramadan, Y. (2007). Pharmacotherapy. . in J. W. Jacobson, J. A. Mullick e J. Rojahn (eds). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities – issues in clinical child psychology* (657-671). New York: Spring Science.
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V) (5th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andrewes, D. (2001). *Neuropsychology: From Theory to Practice*. Nova Iorque: Psychology Press.
- Antonarakis, S.; Lyle, R.; Dermitzakis, E.; Reymond, A. e Deutsch, S. (2004). Chromosome 21 and Down Syndrome: From genomics to pathophysiology. *Nature Reviews: Genetics*. 5: 725-738, doi: 10.1038/nrg1448
- Antunes, A., e Santos, S. (2015). Os benefícios de um programa de Intervenção Psicomotora para indivíduos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais ao nível do Comportamento Adaptativo e da Proficiência Motora: estudo comparativo. *Â Psicomotricidade*. 18, 89-122
- Arffa, S. (2007). The relationship of intelligence to executive function and non-executive function measures in a sample of average, above average, and gifted youth. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22, 969-978. doi:10.1016/j.acn.2007.08.001
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (s.d.). Psicomotricidade em Portugal. [Site da Associação da Associação Portuguesa de Psicomotricidade]. Retirado a 07 Junho de 2018 de https://appsicomotricidade.pt/psicomotricidade/#f_portugal
- Bailey, C. (2007). Cognitive Accuracy and Intelligent Executive Function in Brain and in Business. *New York Academy of Sciences*, 1118, pp. 122-141. doi:10.1196/annals.1412.011
- Barbey, A., Colom, R., Solomon, J., Krueger, F., Forbes, C. e Grafman, J. (2012). An integrative architecture for general intelligence and executive function revealed by lesion mapping. *BRAIN*, 135, 1154-1164. doi: 10.1093/brain/aws021
- Barbosa, T. (2000). *Manual Prático de Atividades Aquáticas e hidroginástica*. Lisboa: Xistarca.
- Barkley, R. (2011). *Barkley Deficits in Executive Functioning Scale (BDEFS)*. New York: The Guilfords Press.
- Barnhill, J. e Kartheiser, P. (2007). Motor Skills Disorder. In Fletcher, R.; Loschen, E.; Stavrakaki, C. e First, M. (eds). *Diagnostic Manual-Intellectual Disability: a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with Intellectual Disability* (89-96), National Association for the Dualy Diagnosed in association with APA. NY/USA
- Barnhill, J.; Koning, N. e Kartheiser, P. (2007). Learning Disorders. In Fletcher, R.; Loschen, E.; Stavrakaki, C. e First, M. (eds). *Diagnostic Manual-Intellectual Disability: a*

textbook of diagnosis of mental disorders in persons with Intellectual Disability: 68-87
National Association for the Dually Diagnosed in association with APA. NY/USA

Barnhill, J. e McNelis, D. (2012). Overview of Intellectual/Developmental Disabilities. *Focus – the Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. X (3): 300-306, doi: 10.1176/appi.focus.10.3.300

Barros, P. e Hazin, I. (2013). Avaliação das funções executivas na infância: revisão dos conceitos e instrumentos. *Psicologia em Pesquisa*, 7(1), 13-22. doi:10.5327/Z1982-1247201300010003

Bergen, D. (2008). Effects of poverty on cognitive function: a hidden neurologic epidemic. *Neurology*, 71, 447-451. doi: 10.1212/01.wnl.0000324420.03960.36.

Bessa, C.; Lopes, F. e Maciel, P. (2012). Molecular Genetics of Intellectual Disability. In Tan, Ü. (edt). *Latest Findings in Intellectual and Developmental Disabilities Research* (149-176). In Tech:

Biasoli, M.e Machado, C. (2006). Hidrotherapy: the use in different clinical disorders. *Revista Brasileira de Medicina*, 225-237.

Bigby, C. (2007). Aging with na intellectual Disability. Em I. Brown, e M. Percy, A *Comprehensive Guide to Intellectual e Developmental Disabilities* (pp. 149-172). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Blasi, F.; Elia, F.; Buono, S.; Ramakers, G e Nuovo, S. (2007). Relationships between visual-motor and cognitive abilities in intellectual disabilities. *Perceptual and Motor Skills*. 104: 763-772. doi: 10.2466/PMS.104.3.763-772

Branco, M. (2010). *João dos Santos: Saúde Mental e Educação*. Lisboa: Coisas de Ler

Brown, T., e Landgraf, J. (2010). Improvements in Executive Function Correlate with Enhanced Performance and Functioning and Health-Related Quality of Life: Evidence from 2Large, Double-blind, Randomized, Placebo-Controlled trials in ADHD. *Clinical focus: ADHD, allergies, and immunization*, 122(5), 42-51, doi: 10.3810/pgm.2010.09.2200

Brookes, E. (2016). New insights into intellectual disability caused by mutations in a chromatin regulator. *EbioMedicine*, 6, 2-3. doi: 10.1016/j.ebiom.2016.04.001.

doi:10.1016/j.intell.2012.05.006

Bruininks, R. e Bruininks, B. (2005a). *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency: BOT-2 Manual*. Pearson assessments.

Brininks, R. e Bruininks, B. (2005b). *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency: BOT-2 Administration Easel*. Pearson Assessments.

Bull, M. (2011). Clinical Report - Health Supervision for Children with Down Syndrome. *American Academy of Pediatrics*, 128, 393-406. doi:10.1542/peds.2011-1605

Buntinx, W. e Schalock, R. (2010). Models of Disability, Quality of Life, and Individualized Supports: Implications for Professional Practice in Intellectual Disability. *Journal of Policy and Practice in Tntellectual Disabilities*, 7(4), 283-294. doi:10.1111/j.1741-1130.2010.00278.x

Burack, J., Hodapp, R. e Zigler, E. (1998). *Handbook of Mental retardation and Development*, USA

Brydges, C., Reid, C., Fox, A., e Anderson, M. (2012). A unitary executive function predicts intelligence in children. *Intelligence*, 40, 458-469.

Cameron, C., Brock, L., Murrah, W., Bell, L., Worzalla, S., Grissmer, D., e Morrison, F. (2012). Fine motor skills and executive function both contribute to kindergarten

achievement. *Child Development*, 83(4), 1229–1244. doi: 10.1111/j.1467-8624.2012.01768.x

Carlier, M., Stefanini, S., Deruelle, C., Volterra, V., Doyen, A., Lamard, C., Potzamparc, V., Vicari, S. e Fisch, G. (2006). Laterality in Persons with Intellectual Disability. I- Do Patients with Trisomy 21 and Williams- Beuren Syndrome Differ from Typically Developing Persons? *Behavior Genetics*, 36(3) 365-76, doi: 10.1007/s10519-006-9048-9.

Carreteiro, R. (2016). Dificuldades de Aprendizagem em Crianças e Adolescentes. Em R. Carreteiro, *Hiperatividade e Dificuldades de Atenção* (13-31). Alverca: PSICLÍNICA

Carvajal, F., Fernández-Alcaraz, C., Rueda, M., e Sarrión, L. (2012). Processing of facial expressions of emotions by adults with Down syndrome and moderate intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 783-790. doi:10.1016/j.ridd.2011.12.004

Casey, B.; Tottenham, N.; Liston, C. eDurstun, S. (2005). Imaging the developing brain: what have we learned about cognitive development? *Trends in Cognitive Science*. 9: 104-110, doi:10.1016/j.tics.2005.01.011

CERCILisboa (s.d.a). *Quem Somos?* [Site da CERCILisboa]. Retirado a 10 Outubro de 2017 de <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/>

CERCILisboa (s.d.b). *Missão, Visão e Valores*. [Site da CERCILisboa]. Retirado a 10 de Outubro de 2017 de <http://www.cercilisboa.org.pt/missao-visao-e-valores/>

CERCILisboa (s.d.c). *Missão, Visão e Valores: creditações e certificações*. [Site da CERCILisboa]. Retirado a 10 de Outubro de 2017 de <http://www.cercilisboa.org.pt/missao-visao-e-valores/acreditacoes-e-certificacoes/>

CERCILisboa (s.d.d). *Respostas Sociais e Serviços*. [Site da CERCILisboa]. Retirado a 10 de Outubro de 2017 de <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/respostas-sociais-e-servicos/>

CERCILisboa (s.d.e). *Respostas Sociais e Serviços: Intervenção Precoce na Infância*. [Site da CERCILisboa]. Retirado a 10 de Outubro de 2017 de <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/respostas-sociais-e-servicos/intervencao-precoces-na-infancia/>

CERCILisboa (s.d.f). *Respostas Sociais e Serviços: Centro de Recursos para a Inclusão*. [Site da CERCILisboa]. Retirado a 10 de Outubro de 2017 de <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/respostas-sociais-e-servicos/centro-de-recursos-para-a-inclusao/>

CERCILisboa (s.d.g). *Respostas Sociais e Serviços: CAAAPD*. [Site da CERCILisboa]. Retirado a 10 de Outubro de 2017 de <http://www.cercilisboa.org.pt/caaapd/>

CERCILisboa (s.d.h). *Respostas Sociais e Serviços: Centro de Formação Profissional*. [Site da CERCILisboa]. Retirado a 10 de Outubro de 2017 de <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/respostas-sociais-e-servicos/centro-de-recursos-para-a-inclusao/>

CERCILisboa (s.d.i). *Respostas Sociais e Serviços: Centro de atividades ocupacionais*. [Site da CERCILisboa]. Retirado a 10 de Outubro de 2017 de <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/respostas-sociais-e-servicos/centro-de-atividades-ocupacionais/>

CERCILisboa (s.d.j). *Respostas Sociais e Serviços: Lar Residencial*. [Site da CERCILisboa]. Retirado a 10 de Outubro de 2017 de <http://www.cercilisboa.org.pt/lar-residencial/>

CERCILisboa (2011). *Regulamento Interno: Geral*. Documento não publicado consultado a 19/10/2017

- CERCILisboa (2013). *História*. Retirado de <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/>
- CERCILisboa (2014). *Plano Estratégico*. (Documento não publicado) consultado a 19/10/2017)
- Chapman, R. e Hesketh, L. (2000). Behavioral Phenotype of Individuals Down Syndrome. *MEntal Retardation and Developmental Disabilities Research Review*, 6, 84-95. doi: 10.1002/1098-2779(2000)6:2<84::AID-MRDD2>3.0.CO;2-P
- Chapman, R. e Hesketh, L. (2001). Language, cognition, and short-term memory in individuals with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 7(1), 1-7. doi: 10.3104/reviews.108
- Chaytor, N., Schmitter-Edgecombe, M., e Burr, R. (2006). Improving the ecological validity of executive functioning assessment, *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21: 217–227, doi: 10.1016/j.acn.2005.12.002
- Cianchetti, M., Meloni, M. e Gaspa, G. (2007). Psychiatric comorbidity in intellectual disability (mental retardation). in D. Riva, S. Bulgheroni e C. Pantaleoni (Edts). *Mental Retardation*. Mariani Foundation Paediatric Neurology: 18 (pp. 127-139). Éditions John Liberty Eurotext.
- Coelho, L., e Coelho, R. (2001). Impacto psicossocial da deficiência mental. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3 (1), 123-143.
- Coelho, S., Rodrigues, V. e Santos, S. (2003). “Psicomotricidade no Centro Educacional Bonny Stilwell da APPACDM. *A Psicomotricidade*; 1 (2): 97-103
- Costa, J. (2008) *Um olhar para a criança: Psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora
- Costanzo, F., Varuzza, C., Menghini, D., Assona, F., Ganesini, T., e Vicari, S. (2013). Executive functions in intellectual disabilities: A comparison between Williams syndrome and Down syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 1770-1780. doi: 10.1016/j.ridd.2013.01.024
- Crnic, K. (1988). Mental Retardation. in E. Mash e L. Terdal (Eds). *Behavioral Assessment of Childhood Disorders*. (317-354). 2nd Edition
- Damásio, A. (2011). *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Lisboa: Temas e Debates - Círculo de Leitores.
- Danielsson, H., Henry, L., Ronnberg, J., e Nilsson, L.-G. (2010). Executive functions in individuals with intellectual disability. *Developmental Disabilities*, 31, 1299-1304. doi: 10.1016/j.ridd.2010.07.012
- Decreto-Lei n.º 18/89. Ministério do Emprego e da Segurança Social. *Diário da República*, 1.ª série – n.º 9 – 11 de Janeiro de 1989, 125-127
- Decreto-Lei n.º 3/2008. Ministério da Educação. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 4 — 7 de janeiro de 2008, 154-164. Departamento de Gestão da Qualidade (2013). *Políticas Organizacionais – Manual de políticas da CERCI*.
- Departamento de Gestão da Qualidade (2010). *Regulamento Interno CTVA- Acordos CAO*, Ocorrência 1. (Documento não publicado consultado a 19/10/2017)
- Despacho n.º 52/SESS/1990. Regulamento da Implantação, Criação e Funcionamento dos Serviços e Equipamentos que Desenvolvem Actividades de Apoio Ocupacional a Deficientes. *Secretaria de Estado da Segurança Social*, 2.ª série – 16 de Julho de 1990. Consultado a 20/10/2017 em http://www.inr.pt/bibliopac/diplomas/2_d_1990_00052_sess.htm
- Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annual review of psychology*, 64, 135-168. doi: 10.1146/annurev-psych-113011-143750

- Doka, K. e Lavin, C. (2003). The paradox of Ageing with Developmental Disabilities: increasing needs, declining resources. *Ageing International*. 28 (2): 135-154
- Duncan J., Burgess P. e Emslie H. (1995) Fluid intelligence after frontal lobe lesions. *Neuropsychologia* 33, 261–8. doi: 10.1016/0028-3932(94)00124-8
- Eckert, T., Marten, B. e Gennaro, F. (2005). Describing Antecedent-Behavior-Consequence Relations Using Conditional Probabilities and the General Operant Contingency Space: A Preliminary Investigation, *School Psychology Review*, 34 (4), 520-528
- Eggermann, T., e Schwanitz, G. (2011). Genetics of Down Syndrome. Em S. Dey, *Genetics and Etiology of Down Syndrome* (3-22). Rijeka, Croatia: InTech. doi: 10.5772/736
- Emck, C., e Bosscher, R. J. (2010). PsyMot: an instrument for psychomotor diagnosis and indications for psychomotor therapy in child psychiatry. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 5(3), 244–256. doi: 10.1080/17432971003760919
- Eslinger, P., Flaherty-Craig, C., e Benton, A. (2004). Developmental outcomes after early prefrontal cortex damage. *Brain and Cognition*, 55(1): 84–103. doi: 10.1016/S0278-2626(03)00281
- FENACERCI (s.d.a). *FENARCERCI*. [Site da FENACERCI]. Retirado a 20 de Outubro de 2017 de <http://www.fenacerci.pt/fenacerci/>
- FENACERCI (s.d.b). *FENARCERCI: Missão, Visão e Valores*. [Site da FENACERCI]. Retirado a 20 de Outubro de 2017 de <http://www.fenacerci.pt/fenacerci/missao-visao-e-valores/>
- FENACERCI (s.d.c). *FENARCERCI: Movimento CERCI*. [Site da FENACERCI]. Retirado a 20 de Outubro de 2017 de <http://www.fenacerci.pt/fenacerci/movimento-cerci/>
- Fernandes, J. (2015). Das abordagens emergentes em Psicomotricidade às atualidades da prática psicomotora. Em J. Fernandes, e P. Filho, *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 19-28). Rio de Janeiro: Wak Editora.
- Filho, P. (2003). *A Psicomotricidade Relacional em Meio Aquático*. Barueri SP: Manole
- Filho, P. (2015). Intervenção motora em meio aquático em indivíduos gemelares com síndrome de Down. Em J. Fernandes, e P. Filho, *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 181-198). Rio de Janeiro: Wak Editora.
- Fletcher, R.; Loschen, E.; Stavrakaki, C. e First, M. (2007). Introduction. In Fletcher, R.; Loschen, E.; Stavrakaki, C. e First, M. (eds). *Diagnostic Manual-Intellectual Disability: a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with Intellectual Disability*(1-10)National Association for the Dually Diagnosed in association with APA. NY/USA
- Foley, K.-R., Girdler, S., Downs, J., Jacoby, P., Bourke, J., Lennox, N., Einfeld, S., Llewellyn, G., Parmenter, T. e Leonard, H. (2014). Relationship between family quality of life and day occupations of young people with Down syndrome. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 1455-1465. doi: 10.1007/s00127-013-0812-x
- Fonseca, V. (2001) Para uma epistemologia da Psicomotricidade. In V. Fonseca e R. Martins (Edts.), *Progressos em Psicomotricidade* (13-28). Cruz Quebrada: Edições FMH
- Fonseca, V. (2006). *Terapia Psicomotora: estudos de caso*. Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010a). *Manual de Observação Psicomotora: significação psiconeurológica dos seus factores*. Lisboa: Âncora Editora
- Fonseca, V. (2010b). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção psicopedagógica*, 18(17), 42-52.

Fonseca, V. (2017). *Cadernos Psicoeducacionais 2: Estudo das funções cognitivas, conativas, ou emocionais, e executivas da aprendizagem humana*. Lisboa: Âncora Editora.

Fowler, A. (1998). Language in mental retardation: associations with and dissociations from general cognition. In J. Burack, R. Hodapp e E. Zigler (Eds). *Handbook of Mental retardation and Development* (pp. 290-333), USA.

Frank, K. e Esbensen, J. (2014). Fine motor and self-care milestones for individuals with Down syndrome using a Retrospective Chart Review. *Journal of Intellectual Disability Research*. doi: 10.1111/jir.12176

Freitas, M. e Silva, J. (2010). Adaptação ao Meio Aquático: Uma proposta pedagógico-terapêutica. *Revista Diversidades*, 28, 13-15.

Friedman N., Miyake A., Corley R., Young, S., Defries J. e Hewitt J. (2006). Not all executive functions are related to intelligence. *Psychological Science* 17, 172–9, doi: 10.1111/j.1467-9280.2006.01681.x

Gameren-Oosterom, H., Fekkes, M., Buitendijk, S., Mohangoo, A., Bruil, J., e Van Wouwe, J. (2011). Development, Problem Behavior, and Quality of Life in a Population Based Sample of Eight-Year-Old Children with Down Syndrome. *PloSone*, 6 (7), 1-8. doi: 10.1371/journal.pone.0021879

Garon, N., Bryson, S. e Smith, I. (2008). Executive function in preschoolers: A review using an integrative framework. *Psychological Bulletin*, 134(1), 31–60. doi: 10.1037/0033-2909.134.1.31

Gérard-Desplanches, A., Deruelle, C., Stefanini, S., Ayoun, C., Volterra, V., Vicari, S., Fisch, G. e Carlier, M. (2006). Laterality in Persons With Intellectual Disability II- Hand, Foot, Ear, and Eye Laterality in Persons with Trisomy 21 and Williams-Beuren Syndrome. *Developmental Psychobiology*, 482-491. doi: 10.1002/dev.20163

Gerenser, J. e Forman, B. (2007). Speech and Language Deficits in Children with Developmental Disabilities. in J. W. Jacobson, J. A. Mulick e J. Rojahn (eds). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities – issues in clinical child psychology* (563-579). New York: Springer Science.

Gil, R. (2002). *Neuropsicologia* (2ª ed). São Paulo. Santos Livraria Editora.

Gilandas, A., Touyz, S., Beumont, P. e Greenberg, H. (1984). *Handbook of Neuropsychological Assessment*. Australia: GRUNE e STRATTON AUSTRALIA.

Gilmore, L., e Cuskelly, M. (2017). Associations of child and adolescent mastery motivation and self-regulation with adult outcomes: a longitudinal study of individuals with down syndrome. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 122(3), 235-246. doi: 10.1352/1944-7558-122.3.235

Gilmore, L., Campbell, J., e Cuskelly, M. (2003). Developmental expectations, personality stereotypes, and attitudes towards inclusive education: community and teacher views of Down syndrome. *International Journal of Disability, Development and Education* 20(1), 65-76. doi: 10.1080/1034912032000053340

Gioia, G., Isquith, P., Kenworthy, L., e Barton, R. (2002). Profiles of everyday executive functions in acquired and developmental disorders. *Child Neuropsychology*, 8(2), 121-137. doi:10.1076/chin.8.2.121.8727

Grieco, J., Pulsifer, M., Seligsohn, K., Skotko, B., e Schwartz, A. (2015). Down syndrome: cognitive and behavioral functioning across the lifespan. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*, 135-149. doi: 10.1002/ajmg.c.31439

Grouios, G. e Ypsilanti, A. (2011). Language and visuospatial abilities in Down syndrome phenotype: a cognitive neuroscience perspective, genetics and etiology of Down

- syndrome. In S. Dey, S. (edt). *Genetics and Etiology of Down Syndrome*: 275-286. InTech, doi: 10.5772/20483
- Harris, J. (2006). *Intellectual Disability: Understanding Its Development, Causes, Classification, Evaluation, and Treatment*. Oxford University Press, New York
- Harris, J. (2010). *Intellectual Disability: A guide for families and professionals*. (Oxford University Press, Ed., USA.
- Hartley, S., e MacLean, W. (2006). A review of the reliability and validity of Likert-type scales for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 813–827, doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00844.x
- Hartman, E., Houwen, S., Scherder, E., e Visscher, C. (2010). On the relationship between motor performance and executive functioning in children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(5), 468-477. doi:10.1111/j.1365-2788.2010.01284.x
- Hauser-Cram, P., Woodman, A. e Heyman, M. (2014). Early Mastery Motivation as a Predictor of Executive Function in Young Adults With Developmental Disabilities, *American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 119 (6), 536–551 doi: 10. 1352/1944-7588-119.6.536
- Hogg, J. e Mittler, P. (1983). Aspects of Competence in Mentally Handicapped People. In J. Hogg e P. Mittler (Eds). *Advances in Mental Handicap Research*. 2: 3-24.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2012). *Saúde e Incapacidades em Portugal 2011*. Instituto Nacional de Estatística, IP, Lisboa, Portugal
- Jacobson, J., Mullick, J. e Rojahn, J. (2007). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities – issues in clinical child psychology*. New York: Spring Science.
- Jacobson, J., Mullick, J. e Rojahn, J. (2007). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities – issues in clinical child psychology*. New York: Spring Science.
- Jardim, N. e Santos, S. (2016). Effects of a psychomotor intervention in water in the quality of life of adults with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Novel Physiotherapy and Physical Rehabilitation*, 3(1): 53-60. doi: 10.17352/2455-5487.000036
- Júnior, A., Afonso, C. e Santos, S. (2017). La musica nell'intervento psicomotorio com adulti com difficoltà intellettive ed evolutive – Contributo per il comportamento adattivo. *Ricerca e Studi (ReS)*, 1, 2-10.
- Jurado B. e Rosselli M. (2007) The elusive nature of executive functions: a review of our current understanding. *Neuropsychology Review* 17, 213–33, doi: 10.1007/s11065-007-9040-z
- Kasari, C. e Bauminger, N., (1998). Social and emotional development in children with mental retardation. In Burack, J., Hodapp, R. e Zigler, E. (Eds). *Handbook of Mental retardation and Development* (pp. 411-433). USA
- Kauffman, J. e Landrum, J. (2007). Educational Service Interventions and Reforms. in J. Jacobson, J. Mullick e J. Rojahn (edts). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities – issues in clinical child psychology* (173-188). New York: Spring Science.
- Karam, S., Barros, A., Matijasevich, A., Santos, I., Anselmi, L., Barros, F., Leistner-Segal, S., Félix, T., Riegel, M., Maluf, S., Giugliani, R. e Black, M. (2016). Intellectual disability in a birth cohort: prevalence, etiology, and determinants at the age of 4 Years. *Public Health Genomics*, 19, 290-297. doi: 10.1159/000448912.
- Kiani, R. e Miller, H. (2010). Sensory impairment and intellectual disability. *Advances in Psychiatric Treatment*. 16: 228-235. doi: 10.1192/apt.bp.108.005736

- Kirk, H., Gray, K., Riby, D., e Cornish, K. (2015). Cognitive training as a resolution for early executive function difficulties in children with intellectual disabilities. *Developmental Disabilities*, 38, 145-160. doi:10.1016/j.ridd.2014.12.026
- Lahtinen, U., Rintala, P., e Malin, A. (2007). Physical Performance of Individuals With Intellectual Disability: A 30- Year Follow-Up. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24, 125-143
- Lambert, N., Nihira, K., e Leland, H. (1993). *Adaptive Behavior Scale—School*, second edition. Austin, TX: PRO-ED;
- Lanfranchi, S., Berteletti, I., Torrisi, E., Vianello, R., e Zorzi, M. (2015). Research in Developmental Disabilities. *Numerical estimation in individuals with Down syndrome*, 36, 222-229. doi: 10.1016/j.ridd.2014.10.010
- Leitão, A. e Santos, S. (2017). Intervenção Psicomotoram em Meio aquático em indivíduos com DID e contributo para as competências em meio aquático e comportamento adaptativo. *A Psicomotricidade* (no prelo)
- Lepore, M. (2011). Aquatics. In J. Winnick (Ed.). *Adapted Physical Education and Sport. 5th Ed.* Human Kinetics, 481-501
- Levitas, A., Dykens, E., Finucane, B., e Kates, W. R. (2007). Behavioral Phenotype of Genetic Disorders. Em R. Fletcher, E. Loschen, C. Stavrakaki, eM. First, *Diagnostic Manual- Intellectual Disability: A Textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability* (pp. 33-62). Kingston, New York: National Association for the Dually Diagnosed.
- Lott, I. e Dierssen, M. (2010). Cognitive deficits and associated neurological complications in individuals with Down's syndrome. *The Lancet Neurology*, 9(6). doi:10.1016/S1474-4422(10)70112-5
- Lovering, J., e Percy, M. (2007). Down Syndrome. Em I. Brown, e M. Percy, *A Comprehensive Guide to Intellectual e Developmental Disabilities* (pp. 149-172). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A., Schalock, R. e Snell, M.; Spitalnik, D.; Spreat, S. e Tassé, M. (1992). *Mental Retardation – definition, classification and systems of supports*. 9th Edition. AAMR.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A., Schalock, R. e Snell, M., (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports*. 10th ed, Washington DC.
- Luckasson, R., e Schalock, R. (2012). *The Role of Adaptive Behavior in a Functionality Approach to Intellectual Disability*. In *Comportamento Adaptativo: Dez anos depois* (9–18). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Luria, A. (1962). *Higher Cortical Functions in Man*. New York: Consultants Bureau.
- Macho, V., Seabra, M., Pinto, A., Soares, D., e Andrade, C. (2008). Alterações craniofaciais e particularidades orais na trissomia 21. *Acta Pediatrca Portuguesa*, 39 (5), 190-194.
- Mahone, E., Hagelthorn, K., Cutting, L., Schuerholz, L., Pelletier, S., Rawlins, C., Singer, H. e Denckla, M. (2002). Effect of IQ on Executive Function Measures in Children with ADHD. *Child Neuropsychology*, 8, 52-65. doi: 10.1076/chin.8.1.52.8719
- Malak, R., Kostiukow, A., Krawczyk-Wasielewska, A., Mojs, E., e Samborski, W. (2015). Delays in Motor Development in Children with Down Syndrome. *Medical Science Monitor*, 21, 1904-1910. doi:10.12659/MSM.893377
- Martin, M. e Rubin, R. (1995). A New Measures of Cognitive Flexibility. *Psychological Reports*, 76, 623-626. doi:10.2466/pr0.1995.76.2.623

- Martínez, N. e García, M. (2008). Psychomotor development in children with Down syndrome and physiotherapy in early intervention. *International Medical Journal on Down Syndrome*, 12(2), 28-32. doi:10.1016/S2171-9748(08)70037-0
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da psicomotricidade - As práticas entre o instrumental e o relacional. Em V. Fonseca e R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (29-40). Cruz-Quebrada:Edições FMH;
- Martins, R. e Rosa, R. (2010) Crianças Hiperativas com Défice de Atenção (PHDA). Em M-J. Vidigal (ed). *Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes* (pp. 179-214). Lisboa: Trilhos Editora
- Matias, A. (2005). Terapia Psicomotora em Meio Aquático. *A Psicomotricidade*, 5, 68-76.
- Matias, A. (2010). *Psicomotricidade no Meio Aquático na Primeira infância*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial, Lda.
- Matson, J.; Cooper, C.; Malone, C. eMoskow, S. (2008). The relationship of self-injury behaviour and other maladaptive behaviours among individuals with severe and profound intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*. 29: 141-148. doi: 10.1016/j.ridd.2007.02.001
- Matson, J. e Laud, R. (2007). Assesment and Treatment Psychopathology among People with Developmental Delays. in J. Jacobson, J. Mullick e J. Rojahn (edts). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities – issues in clinical child psychology* (507-539). New York: Spring Science.
- Mello, A. (1989). *Psicomotricidade, Educação e Jogos Infantis*.Ibrasa.
- Middleton, F., e Strick, P. (2001). Cerebellar projections to the prefrontal cortex of the primate. *Journal of neuroscience*, 21(2), 700-712.
- Miyake, A. e Friedman, N. (2012). The nature and organization of individual difference in executive functions: four general conclusions. *Currentdirections in Psychological Science*, 21(1), 8-14. doi:10.1177/0963721411429458
- Miyake, A., Friedman, N., Emerson, M., Witzki, A., Howerter, A. e Wager, T. (2000). The Unity and Diversity of Executive Functions and Their Contributions to Complex "Frontal Lobe" Tasks: A Latent Variable Analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49-100. doi:10.1006/cogp.1999.0734
- Montesinos, C. (2016). Abordagem da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção na Perspectiva da Pedopsiquiatria. Em R. M. Carreteiro, *Hiperatividade e Dificuldades de Atenção* (149-163). Alverca: PSICLÍNICA.
- Morato, P. (1995). *Deficiência Mental e aprendizagem*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Morato, P., Matias, A. e Proença, V. (2005). A Amizade na Trissomia 21. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 12 (1): 19-33
- Morato, P. e Santos, S. (2007). Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais: a Mudança de Paradigma na Concepção da Deficiência Mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. IV Série. 14,51-55
- Morato, P. e Santos, S. (2012). Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. A mudança de Paradigma na conceção de Deficiência Mental. In Sanches, I.; Costa, M.; Mota, A. e Santos, A. (org). *Para uma Educação Inclusiva: dos conceitos às práticas*. (11-17) CEIFF. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnológica. (ebook)
- Naess, K.-A., Lyster, S.-A., Hulme, C., e Melby-Lervag, M. (2011). Language and verbal short-term memory skills in children with Down syndrome: A meta-analytic review. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 2225-2234. doi: 10.1016/j.ridd.2011.05.014

Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora (2016). *Mestrado em Reabilitação Psicomotora-Normas Regulamentares*. Cruz-Quebrada. Faculdade de Motricidade humana (Documento não Publicado)

Onofre, P. (2004). *A Criança e a sua Psicomotricidade*. Lisboa: Trilhos Editora.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)*. Lisboa: Direção-geral da Saúde

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10th ed.) (ICD-10). Procura feita a 4 de dezembro de 2017 e retirado de: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>

Percy, M., Lewkis, S., eBrown, I. (2007a). Introduction to Genetics and desenvolvimento. Em I. Brown, eM. Percy, *A Comprehensive Guide to Intellectual e Developmental Disabilities* (149-172). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Percy, M., Brown, I. e Lewkis, S. (2007b). Abnormal Behavior. Em I. Brown, e M. Percy, *A Comprehensive Guide to Intellectual e Developmental Disabilities* (149-172). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Polderman, T., Gosso, M., Posthuma, D., Van Beijterveldt, T., Heutink, P., Verhulst, F. e Boomsma, D. (2006). A longitudinal twin study on IQ, executive functioning, and attention problems during childhood and early adolescence. *Acta Neurologica Belgica*, 106, 191-207.

Popovici, D. e Buica-Belciu, C. (2013). Self-concept Pattern in Adolescent Students with Intellectual Disability. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 78: 516-520. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.04.342

Portaria n.º 432/2006. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. *Diário da República*, 1.ª série-B – n.º85 – 3 de Maio de 2006, 3214-3217

Probst, M., Knapen, J., Poot, G. e Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105-113.

Rachidi, M. e Lopes, C. (2007). Mental retardation in Down syndrome: From gene dosage imbalance to molecular and cellular mechanisms. *Neuroscience Research*, 59, 349-369. doi:10.1016/j.neures.2007.08.007

Ramey, C. e Ramey, S. (1998). Prevention of Intellectual Disabilities: Early Interventions to Improve Cognitive Development. *Preventive Medicine*, 27, 224-232.

Ramos, J., Sousa, E., Esteves, M., Duarte, F. e Santos, S. (2017). A acessibilidade na visão do psicomotricista em contexto institucional: CERIC Lisboa. *A Psicomotricidade*.

Rezende, L., Souza, A., Reyes, A., Rodrigues, P., Vasconcelos, M., e Blascovi-Assis, S. (2016). Proficiência e Assimetria Manual de Jovens com Trissomia 21 em Duas Tarefas de Destreza Manual. *Millenium*, 50, 229-238.

Rigolgi, C., Galli, M., Mainardi, L., Crivellini, M., e Albertini, G. (2011). Postural control in children teenagers and adults with Down syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 170-175. doi:10.1016/j.ridd.2010.09.007

Roberts, J., Price, J. e Malkin, C. (2007). Language and Communication Development in Down Syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 26-35. doi:10.1002/mrdd.20136

Rodrigues, M., e Lima, S. (2014). Atividades Motoras Aquáticas na Coordenação Corporal de Adolescentes com Deficiência Intelectual. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 36(2), 369-381.

- Santos, S. (2014). *Adaptive Behaviour on the Portuguese Curricula: A Comparison between Children and Adolescents with and without Intellectual Disability*. *Creative Education*, 5, 501-509. doi:10.4236/ce.2014.57059.
- Santos, S. (2017). Psychomotor Therapy and Intellectual Disability in Portugal: from 0 to 100... *International Journal of Psychology and Neuroscience*. (IJPN), 3(2), 22-37.
- Santos, S. (2018). Alunos com Dificuldades Intelectuais na sala de aula: que educação? In Miranda Correia (Org.). *Educação Inclusiva e Necessidades Especiais* (101-120). Coleção Diversidade e Inclusão. Flora Editora
- Santos, S. e Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Coleção Educação Especial, n.º 8. Porto: Porto Editora
- Santos, S. e Morato, P. (2004). *Escala de Comportamento Adaptativo – versão Portuguesa (ECAP) - fichas de registo* (documento não publicado)
- Santos, S. e Morato, P. (2007). Estudo exploratório do comportamento adaptativo no domínio psicomotor em populações portuguesas com dificuldade intelectual e desenvolvimental. *A Psicomotricidade*, 9, 21-31.
- Santos, S. e Morato, P. (2012a). Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID). Por quê?. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18 (1), 3-16.
- Santos, S. e Morato, P. (2012b). O comportamento adaptativo em Portugal. In Santos, S. e Morato, P. (Eds.). *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois*. (19-33). Cruz Quebrada: FMH Edições
- Santos, S. e Morato, P. (2012c). Idade e Comportamento Adaptativo. In Santos, S. e Morato, P. (Eds.). *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois*. (133-147). Cruz Quebrada: FMH Edições
- Santos, S. e Morato, P. (2012d). Género e Comportamento Adaptativo. In S. Santos e P. Morato (Eds.), *Comportamento Adaptativo: Dez anos depois* (121-131). Cruz Quebrada: Edições FMH
- Santos, S. e Morato, P. (2012e). O Comportamento Adaptativo em Portugal por região. in S. Santos e P. Morato (Edts). *Comportamento Adaptativo – 10 anos depois* (149-165). Edições FMH
- Santos, S. e Morato, P. (2012f). Estudo Comparativo do Comportamento Adaptativo da População Portuguesa Com e Sem Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. in S. Santos e P. Morato (Edts). *Comportamento Adaptativo – 10 anos depois* (149-165). Edições FMH
- Santos, S. e Morato, P. (2012g). Escala de Comportamento Adaptativo – Versão Portuguesa. in S. Santos e P. Morato (Edts). *Comportamento Adaptativo – 10 anos depois* (83-100). Edições FMH
- Santos, S. e Morato, P. (2012h). A Escala de Comportamento Adaptativo Portuguesa como um instrumento fundamental na avaliação da Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. in Mendes, E. e Almeida, M. (org). *Dimensões Pedagógicas nas Práticas de Inclusão Escolar*. Coleção Inclusão Escolar. Volume 2: 197-214. Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial. Marília, Brasil.
- Santos, S. e Morato, P. (2016). O Comportamento Adaptativo no currículo. *Journal of Research in Special Educational Needs*. 16 (1): 736-740 Doi: 10.1111/1471-3820.12330
- Santos, S., Morato, P. e Luckasson, R. (2014). Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Adaptive Behavior Scale. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 52(5), 379-387, doi: 10.1352/1934-9556-52.5.379;
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachapelle, Y., Luckasson, R. e Reeve, A. (11ªEd.) (2010). *Intellectual*

Disability – Definition, Classification, and Systems of Supports. Washington, D.C.: AAIDD.

Schalock, R.; Luckasson, R.; Shogren, K.; Borthwick-Duffy, S.; Bradley, V., Buntinx, W.; Coulter, D.; Craig, E.; Gomez, S.; Lachapelle, Y.; Reeve, A.; Snell, M.; Spreat, S.; Tassé, M.; Thompson, J.; Verdugo, M.; Wehmeyer, M. e Yeager, H. (2007). The renaming of mental retardation: Understanding the change to the term intellectual disability. *Intellectual and developmental disabilities*, 45(2), 116-124. doi: 10.1352/1934-9556(2007)45[116:TROMRU]2.0.CO;2

Schalock, R., Luckasson, R., Bradley, V., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Shogren, K., Snell, M., Thompson, J., Tassé, M., Verdugo-Alonso, M. e Wehmeyer, M. (2012). *User's Guide: Intellectual Disability Definition*. AAIDD.

Schlosser, R., Sigafoss, J., Rothschild, N., Burke, M. e Palace, L. (2007). Speech and Language Disorders. Em I. Brown, e M. Percy, *A Comprehensive Guide to Intellectual e Developmental Disabilities* (pp. 149-172). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Schuit, M.; Segers, E.; van Balkom, H. e Verhoeven, L. (2011). How cognitive factors affect language development in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*. 32: 1884-1894. doi: 10.1016/j.ridd.2011.03.015

Scott, M., Foley, K.-R., Bourke, J., Leonard, H., e Girdler, S. (2014). "I have a good life": the meaning of well-being from the perspective of young adults with Down syndrome. *Disability and Rehabilitation*, 33(15), 1290-1298. doi:10.3109/09638288.2013.854843

Sgaramella, T., Carrieri, L. e Barone, c. (2012). A screening battery for the assessment of executive functioning in young and adult individuals with intellectual disability, *International Journal on Disability and Human Development*, 11(1):31–37 doi: 10.1515/IJDHD.2012.013

Shogren, K., Luckasson, R. e Schalock, R. (2014). The definition of "Context and its application in the field of Intellectual Disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 11(2): 109-116, doi: 10.1111/jppi.12077

Shogren, K., Luckasson, R. e Schalock, R. (2015). Using Context as an Integrative Framework to Align Policy Goals, Supports, and Outcomes in Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disability*, 53(5):367-76. doi: 10.1352/1934-9556-53.5.367.

Silva, F., Veríssimo, J., Carneiro, M., Felix, S. e Santos, S.(2018). Comportamento Autoabusivo em Crianças e Jovens com DID. *Revista de Educação Especial e Reabilitação (no prelo)*

Skoff, B. (2004). Executive Functions in Developmental Disabilities. *Insights on Learning Disabilities*.15(2): 4-10.

Smith, A.; Haut, F. e Fleisher, M. (2007). Schizophrenia and other Psychotic Disorders. In R. Fletcher, E. Loschen, C. Stavrakaki e M. First (eds). *Diagnostic Manual-Intellectual Disability: a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with Intellectual Disability (245-269)*. National Association for the Dualy Diagnosed in association with APA. NY/USA

Smith, E. e Jonides, J. (1999). Storage and Executive Processess in the Frontal Lobes. *Neuroscience*, 283, 1657-1661. doi:10.1126/science.283.5408.1657

Smits-Engelsman, B., e Hill, E. (2012). *The Relationship Between Motor Coordination and Intelligence Across the IQ Range*. *PEDIATRICS*, 130(4), 950-956. doi: 10.1542/peds.2011-3712.

Sola, S., Torre, R., Sánchez-Benavides, G., Benejam, B., Cuenca-Royo, A., Hoyo, L., Rodríguez, J., Catuara-Solarz, S., Sanchez-Gutierrez, J., Dueñas-Espin, I., Hernandez, G., Peña-Casanova, J., Langohr, K., Videla, S., Blehaut, H., Farre, M. e Dierssen, M.,

- (2015). A new cognitive evaluation battery for Down syndrome and its relevance for clinician trials. *Frontiers in Psychology*, 6 (708), 1-14. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00708
- Stancliffe, R. (1999). Proxy respondents and the reliability of the Quality of Life Questionnaire empowerment factor. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43(3), 185–193. doi:10.1046/j.1365-2788.1999.00194.x
- Steele, A., Karmiloff-Smith, A., Cornish, K., e Scerif, G. (2012). The Multiple Subfunctions of attention: Differential Developmental Gateways to literacy and Numeracy. *Child Development*, 83(6), pp. 2028-2041. doi: 10.1111/j.1467-8624.2012.01809.x
- Stirling, J. (2002). *Introducing Neuropsychology*. Nova Iorque: Psychology Press.
- Stucki, G. (2007). Developing human functioning and rehabilitation research Part I: academic training programs. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(4), 323–333.
- Sukhodolsky, D. e Butter, E. (2007). Social Skills training for Children with Intellectual Disabilities. in J. Jacobson, J. Mulick e J. Rojahn (eds). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities – issues in clinical child psychology* (601-618). New York: Spring Science
- Tassé, M., Schalock, R., Balboni, G., Bersani, H., Borthwick-Duffy, S., Spreat, S., Thissen, D., Widaman, K. e Zhang, D. (2012). The construct of Adaptive Behaviour: Its Conceptualization, Measurement, and Use in the Field of Intellectual Disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*. 117(4): 291-303. doi: 10.1352/1944-7558-117.4.291
- Teixeira-Arroyo, C., e Oliveira, S. (2007). Atividade aquática e a Psicomotricidade de crianças com Paralisia Cerebral. *Motriz*, 13(2), 97-105.
- Thompson, J., Bradley, V., Buntinx, W., Schalock, R., Shogren, K., Snell, M. Wehmeyer, M., Borthwick-Duffy, S., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Spreat, S., Tassé, M., Verdugo, M. e Yeager, M. (2009). Conceptualizing Supports and the Support Needs of People with Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(2), 135-146. doi: 10.1352/1934-9556-47.2.135.
- Thompson, J., Bryant, B., Campbell, E., Craig, E., Hughes, C., Rotholz, D., Schalock, R., Silverman, W., Tasseé, M. e Wehmeyer, M. (2004). *Supports Intensity Scale: Users Manual*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Thompson, J., Hughes, C., Schalock, R., Silverman, W., Tassé, M., Bryant, B., Craig, E. e Campbell, E. (2002). Integrating Support in Assessment and Planning. *Mental Retardation*, 40(5), 390-405. doi: 10.1352/0047-6765(2002)040<0390:ISIAAP>2.0.CO;2
- van den Bos, K. P., Nakken, H., Nicolay, P. G., e van Houten, E. J. (2007). Adults with mild intellectual disabilities: can their reading comprehension ability be improved? *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(2), 835-849. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00921.x
- Valente, P., Santos, S. e Morato, P. (2012). A Intervenção psicomotora como (um sistema de) apoio na população com dificuldade intelectual e desenvolvimental. *A Psicomotricidade*, 15, 10-23.
- Varela, A., Duarte, A., Sereno, A., Dias, A., e Pereira, B. (2000). *Intervenção Terapêutica em Meio Aquático para populações especiais*. Associação Portuguesa do Técnicos de Nataçao. Lisboa.
- Vicari, S. (2006). Motor Development and Neuropsychological Patterns in Persons with Down Syndrome. *Behavior Genetics*, 36(3), 355-364. doi:10.1007/s10519-006-9057-8
- Vuijk, P., Hartman, E., Scherder, E., e Visscher, C. (2010). Motor performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(2), 955-965. doi:10.1111/j.1365-2788.2010.01318.x

Wassenberg, R., Feron, F., Kessels, A., Hendriksen, J., Kalff, A., Kroes, M., Hurks, P., Beeren, M., Jolles, J. e Vles, J. (2005). Relation Between Cognitive and Motor Performance in 5 to 6 Years Old Children: Results From a Large-Scale Cross- Sectional Study. *Child Development*, 76 (5), 1092-1103.

Wehmeyer, M., e Bolding, N. (2001). Enhanced self-determination of adults with intellectual disability as an outcome of moving to community-based work or living environments. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(5), 371-383

Welsh, M. e Pennington, B. (1988). Assessing frontal lobe functioning in children: Views from developmental psychology. *Developmental neuropsychology*, 4(3), 199-230. doi:10.1080/87565648809540405

Willcutt, E., Doyle, A., Nigg, J., Faraone, S. e Pennington, B. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biological psychiatry*, 57(11), 1336-1346. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.02.006

Willner, P. Bailey, R., Parry, R. e Dymond, S. (2010). Evaluation of executive functioning in people with intellectual disabilities, *Journal of Intellectual Disability Research*, 54 (4), 366-379, doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01249.x

World Health Organization [WHO] (s.d.a). *Definition: intellectual disability*. Retirado a 9 de novembro de 2017, de World Health Organization: Regional Office for Europe: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>.

World Health Organization [WHO] (s.d.b). Genes and human disease. Retirado a 28 de novembro de 2017, de World Health Organization: <http://www.who.int/genomics/public/geneticdiseases/en/index1.html>

World Health Organization [WHO] (s.d.c). Births with Down's syndrome per 100 000 live births. Retirado a 28 de novembro de 2017, de World Health Organization: Regional Office for Europe: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_603-7120-births-with-downs-syndrome-per-100-000-live-births/visualizations/#id=19698

World Health Organization [WHO] (s.d.d). ICD-10 online versions. Retirado a 11/12/2017, de World Health Organization: <http://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>

Wuang, Y., Lin, Y. e Su, C. (2009). Rasch analysis of the Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency-Second Edition in intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1132-1144, doi: 10.1016/j.ridd.2009.03.003;

Wuang, Y., Wang, C., Huang, M., e Su, C. (2008). Profiles and cognitive predictors of motor functions among early school-age children with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* 52(12), 1048-1060. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01096.x.

Yang, Y., Connors, F., e Merrill, E. (2014). Visuo-spatial ability in individuals with Down Syndrome: Is it really a Strength? *Research in Developmental Disabilities*, 35, 1473-1500. doi:10.1016/j.ridd.2014.04.002

Zetlin, A. e Morrison, G., (1998). Adaptation through the life span. In Burack, J., Hodapp, R. e Zigler, E. (Eds). *Handbook of Mental retardation and Development* (481-503). USA.

Zikl, P., Holoubková, N., Karásková, H., e Veselíková, T. (2013). Gross Motor Skills of Children with Mild Intellectual Disabilities. *International Scholarly and Scientific Research e Innovation* 7(10), 2789-2795.

Anexos

Anexo A - Tradução Barkley Deficits in Executive Functioning Scale, versão reduzida – Autorrelato

Anexo B - Tradução Barkley Deficits in Executive Functioning Scale, versão reduzida – Relato do Outro

Anexo A - Tradução Barkley Deficits in Executive Functioning Scale, versão reduzida – Autorrelato

BDEFS-SF: Autorrelato

Nome: _____ Data: _____

Gênero: (Circunda um): Masculino Feminino Idade: _____

Instruções

Com que frequência experiência cada um dos seguintes problemas? Por favor circunde o número ao lado de cada item que melhor descreve o seu comportamento nos **ÚLTIMOS 6 MESES**. Por favor ignore a secção denominada “Preenchido Pelo Aplicador”.

Itens da Forma Reduzida	Nunca ou raramente	Às vezes	Frequente	Muito frequente
1. Adio fazer algo até ao último minuto	1	2	3	4
2. Não consigo lembrar-me das coisas que tenho de fazer.	1	2	3	4
3. Não tenho motivação para preparar antecipadamente as coisas que sei que tenho de fazer.	1	2	3	4
4. Tenho dificuldade em fazer aquilo que digo a mim mesmo para fazer.	1	2	3	4
5. Tenho dificuldade em aprender atividades novas ou complexas, bem como outras.	1	2	3	4
6. Tenho dificuldade em explicar as coisas pela ordem ou sequencia adequada.	1	2	3	4
7. Sou incapaz de pensar por mim ou responder de forma tão eficaz, como os outros, a eventos inesperados.	1	2	3	4
8. Não pareço processar a informação de forma tão rápida e com a mesma precisão que os outros.	1	2	3	4
9. Sou incapaz de inibir as minhas reações ou respostas a eventos ou outros.	1	2	3	4
10. Faço comentários impulsivos aos outros.	1	2	3	4
11. Provavelmente faço coisas sem considerar as suas consequências.	1	2	3	4
12. Não levo em consideração eventos relevantes passados ou experiências pessoais passadas antes de responder a situações (Ajo sem pensar).	1	2	3	4
13. Não coloco tanto esforço no meu trabalho como deveria ou como os outros são capazes de fazer.	1	2	3	4

(Continua)

14. Os outros dizem-me que sou preguiçoso(a) ou desmotivado(a).	1	2	3	4
15. Sou inconsistente na qualidade ou quantidade do meu desempenho no trabalho.	1	2	3	4
16. Sou incapaz de trabalhar tão bem como os outros sem supervisão ou instruções frequentes.	1	2	3	4
17. Tenho dificuldade em acalmar-me quando estou zangado(a).	1	2	3	4
18. Não consigo recuperar o controlo emocional e tornar-me mais razoável quando sou emotivo(a).	1	2	3	4
19. Não consigo abstrair-me de tudo o que me aflige emocionalmente para ajudar a acalmar-me. Não consigo reorientar a minha mente para algo mais positivo.	1	2	3	4
20. Permaneço emotivo(a) ou chateado(a) por mais tempo que os outros.	1	2	3	4
Preenchido Pelo Aplicador – Pontuação da forma reduzida				
Pontuação dos itens 1-4 _____				
Pontuação dos itens 5-8 _____		Pontuação dos itens 17-20 _____		
Pontuação dos itens 9-12 _____		Somatório da pontuação total das FE _____		
Pontuação dos itens 13-16 _____		Contagem dos sintomas das FE _____		

Anexo B - Tradução Barkley Deficits in Executive Functioning Scale, versão reduzida – Relato do Outro

BDEFS-SF: Relato do Outro

Nome do avaliado: _____ Data: _____

Nome do entrevistado: _____

Relação com a pessoa avaliada: (Circunde uma)

Mãe Pai Irmão/Irmã Parceiro(a) Amigo Outro (especifique): _____

Instruções

Neste questionário é solicitado que descreva o comportamento de alguém que conhece bem. Com que frequência a pessoa experiência cada um destes problemas? Por favor circunde o número ao lado de cada item que melhor descreve o comportamento dessa pessoa nos **ÚLTIMOS 6 MESES**. Por favor ignore a secção denominada “Preenchido Pelo Aplicador”.

Itens da Forma Reduzida	Nunca ou raramente	Às vezes	Frequente	Muito frequente
1. Retarda ou adia fazer algo até ao último minuto.	1	2	3	4
2. Não consegue lembrar-se das coisas que tem de fazer.	1	2	3	4
3. Não tem motivação para preparar antecipadamente as coisas que sabe que supostamente tem de fazer.	1	2	3	4
4. Apresenta dificuldade em concretizar o que estabelece, para si mesmo, fazer.	1	2	3	4
5. Apresenta dificuldade em aprender atividades novas ou complexas, bem como outras.	1	2	3	4
6. Tem dificuldade em explicar as coisas pela ordem ou sequencia adequada.	1	2	3	4
7. É incapaz de pensar por si ou responder de forma tão eficaz como os outros a eventos inesperados.	1	2	3	4
8. Não parece processar a informação de forma tão rápida e com a mesma precisão que os outros.	1	2	3	4
9. É incapaz de inibir as suas reações ou respostas a eventos ou outros.	1	2	3	4
10. Faz comentários impulsivos aos outros.	1	2	3	4
11. Provavelmente faz coisas sem considerar as suas consequências.	1	2	3	4

(Continua)

12. Não leva em consideração eventos relevantes passados ou experiências pessoais passadas antes de responder a situações (Age sem pensar).	1	2	3	4
13. Não coloca tanto esforço no seu trabalho como deveria ou como os outros são capazes de fazer.	1	2	3	4
14. Os outros dizem-lhe que é preguiçoso(a) ou desmotivado(a).	1	2	3	4
15. É inconsistente na qualidade ou quantidade do seu desempenho no trabalho.	1	2	3	4
16. É incapaz de trabalhar tão bem como os outros sem supervisão ou instruções frequentes.	1	2	3	4
17. Tem dificuldade em acalmar-se quando está zangado(a).	1	2	3	4
18. Parece não conseguir recuperar o controlo (emocional) e tornar-se mais razoável/estável.	1	2	3	4
19. Não consegue abstrair-se de tudo o que o(a) aflige emocionalmente para ajudar a acalmar-se. Não consegue reorientar a sua mente para algo mais positivo.	1	2	3	4
20. Permanece emotivo ou chateado por mais tempo que os outros.	1	2	3	4
Preenchido Pelo Aplicador – Pontuação da forma reduzida				
Pontuação dos itens 1-4 _____				
Pontuação dos itens 5-8 _____		Pontuação dos itens 17-20 _____		
Pontuação dos itens 9-12 _____		Somatório da pontuação total das FE _____		
Pontuação dos itens 13-16 _____		Contagem dos sintomas das FE _____		